

Señores

**PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**

Despacho

**REFERENCIA: Solicitud de Conciliación por Responsabilidad Civil Extracontractual Médica**

**SOLICITANTES:** SUANNY KARINA LEMOS ARIAS, YILMAR ALBERTO CÓRDOBA MOSQUERA, MARÍA NELLY MOSQUERA CUESTA, YULENNY ARIAS RODRÍGUEZ, WILSON LEMOS CÓRDOBA y WILSON ALEXANDER LEMOS ARIAS.

**SOLICITADOS:** IPS SALUD PROTEGIDA EU - BAGADÓ, IPS FUNMELLOCO DE BAGADÓ, FUNDACIÓN UNIÓNVIDA "FUNVIDA", COMFACHOCO IPS, COMFACHOCO EPS, SOCIEDAD MÉDICA SOMER DE RIONEGRO, YENNY MAGALY CUERO CUERO, MARÍA ANGÉLICA POLO ROJANO, SANDRA MILENA SÁNCHEZ VALENCIA, FEDERMAN ATILIO BENAVIDES ANGULO, YUSSY JOHANNA RENTERÍA VIDAL, TAMARA LILEYA MOSQUERA PEREA, ITHIER EDILGAR PALACIOS MORENO y VICTORIA EUGENIA GARCÍA VELÁZQUEZ.

Respetado(a) doctor(a)

**JACKSON ENRIQUE TORRES ALLÍN**, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Quibdó, identificado con cédula de ciudadanía N° 1.077.424.881 expedida en Quibdó, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 391.699 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado especial de los señores **SUANNY KARINA LEMOS ARIAS, YILMAR ALBERTO CÓRDOBA MOSQUERA, MARÍA NELLY MOSQUERA CUESTA, YULENNY ARIAS RODRÍGUEZ, WILSON LEMOS CÓRDOBA, WILSON ALEXANDER LEMOS ARIAS**, según mandato adjunto, en ejercicio de la **CONCILIACIÓN PREJUDICIAL** como requisito de procedibilidad para interponer la **ACCIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL** que consagra el artículo 2341 y siguientes del Código Civil Colombiano contra IPS SALUD PROTEGIDA EU - BAGADÓ identificada con NIT 900037648-7, IPS FUNMELLOCO DE BAGADÓ que cuenta con NIT 900359029-1, FUNDACIÓN UNIÓNVIDA "FUNVIDA" que cuenta con NIT 900520293-7, COMFACHOCO IPS identificada con NIT 891600091-8, COMFACHOCO EPS identificado con NIT 891600091-8, SOCIEDAD MÉDICA SOMER DE RIONEGRO S.A que cuenta con el NIT 890939936-9 y los médicos YENNY MAGALY CUERO CUERO identificada con C.C. N° 1.144.159.159, MARÍA ANGÉLICA POLO ROJANO identificada con C.C. N° 1.143.130.961, SANDRA MILENA SÁNCHEZ VALENCIA que cuenta con registro médico N° 50359-07, FEDERMAN ATILIO BENAVIDES ANGULO identificado con C.C. N° 72.256.771, YUSSY JOHANNA RENTERÍA VIDAL identificada con C.C. N° 1.143.374.148, TAMARA LILEYA MOSQUERA PEREA que cuenta con registro médico N° 271.249, ITHIER EDILGAR PALACIOS MORENO que cuenta con registro médico N° 271.347 y VICTORIA EUGENIA GARCÍA VELÁZQUEZ identificada con C.C. N° 43.279.907, comedidamente llego ante su digno despacho, con el fin de solicitarle que mediante audiencia, se concilie sobre las siguientes:

## PRETENSIONES

**PRIMERA:** Que IPS SALUD PROTEGIDA EU - BAGADÓ, IPS FUNMELLOCO DE BAGADÓ, FUNDACIÓN UNIÓNVIDA "FUNVIDA", COMFACHOCO IPS, COMFACHOCO EPS, SOCIEDAD MÉDICA SOMER DE RIONEGRO y los médicos YENNY MAGALY CUERO CUERO, MARÍA ANGÉLICA POLO ROJANO, SANDRA MILENA SÁNCHEZ VALENCIA, FEDERMAN ATILIO BENAVIDES ANGULO, YUSSY JOHANNA RENTERÍA VIDAL, TAMARA LILEYA MOSQUERA PEREA, ITHIER EDILGAR PALACIOS MORENO y VICTORIA EUGENIA GARCÍA VELÁZQUEZ se declaren civilmente responsables de los perjuicios morales y el lucro cesante causados por su culpa en la muerte del hijo de la gestante SUANNY KARINA LEMOS ARIAS en marzo de 2023 y los perjuicios en su salud física y mental.

**SEGUNDA:** En consecuencia, que las aludidas entidades solicitadas y los médicos antes mencionados se declaren solidariamente responsables de pagar como reparación por los perjuicios morales actuales y futuros a mis prohijados la suma de SESENTA MILLONES DE PESOS (\$ 60.000.000) a cada uno; es decir, TRESCIENTOS SESENTA MILLONES DE PESOS (\$ 360.000.000).

**TERCERA:** Que las aludidas entidades solicitadas se declaren solidariamente responsables de pagar como reparación por el lucro cesante a la señora SUANNY KARINA LEMOS ARIAS la suma de VEINTIUN MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$21.600.000).

**CUARTA:** Que los mencionados en la PRIMERA PRETENSIÓN se comprometan a pagar las costas de la conciliación.

## HECHOS Y OMISIONES

**PRIMERO:** la señora SUANNY KARINA LEMOS ARIAS inició a trabajar para la FUNDACIÓN TALENTOS DEL PACÍFICO desde el 17 de agosto de 2022, devengando honorarios por UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$ 1.800.000) mensuales, pero tuvo que rescindir del contrato por problemas de salud asociados a su embarazo.

**SEGUNDO:** El día 01 de diciembre de 2022 a las 7:09 a.m. la señora SUANNY KARINA LEMOS ARIAS asistió a consulta médica por urgencias por gastroenterología en la IPS Salud Protegida EU - Bagadó. En dicha consulta se le suministraron medicamentos como Omeprazol, Buscapina y Metoclopramida; dentro de estos medicamentos, no se recomienda suministrar Buscapina durante la gestación.

**TERCERO:** El mismo 01 de diciembre de 2022, pero a las 10:00 a.m y de ver que presentaba sangrados vaginales, la mencionada ciudadana se dirigió a la IPS FUNMELLOCO de Bagadó, en dicha consulta se dictaminó que padecía Gardnerella Vaginalis un tipo de bacteria vaginal que es altamente peligrosa para el feto, por lo que se le dio remisión a la Fundación Uniónvida -FUNVIDA- de la ciudad de Quibdó.

**CUARTO:** El día 6 de diciembre de 2022 fue atendida en la Fundación Uniónvida "FUNVIDA" dónde se corroboró que tenía infección de vías urinarias.

**QUINTO:** El 11 de enero de 2023 fue atendida en COMFACHOCÓ IPS, donde se lleva a cabo una valoración médica; sin embargo, hay que mencionar que no se hizo un seguimiento a la historia clínica ya que en ningún momento se llevó a cabo examen diagnóstico en el que se le haga seguimiento a la infección de vías urinarias.

**SEXTO:** El día 4 de Febrero de 2023, asistiendo a la IPS Salud Protegida EU - Bagadó se le diagnosticó una cistitis aguda, donde se le suministró medicamentos como ampicilina, nitrofurantoína, e ibuprofeno; hay que anotar que la nitrofurantoína es un medicamento que está contraindicado en pacientes en estado de gravidez ya que según los estudios realizados hacen que el feto desarrolle anemia hemolítica.

**SÉPTIMO:** El día 9 de febrero de 2023 habiendo sido remitida desde el municipio de Bagadó a la IPS COMFACHOCO de Quibdó, se le presentó una amenaza de aborto consistente en un sangrado vaginal; sin embargo, no se le llevó a cabo una atención para tratar la cistitis.

**OCTAVO:** El 21 de febrero de 2023 fue a consulta externa en COMFACHOCO IPS, para que se le llevara a cabo una supervisión del embarazo y conociéndose el antecedente bacteriano, no lleva a cabo labores de seguimiento ni exámenes diagnósticos que demostrasen que esta había desaparecido sino que se le llevó a cabo una ecografía obstétrica.

**NOVENO:** El 23 de febrero de 2023, presentando un dolor abdominal fuerte asistió a las instalaciones de COMFACHOCO IPS donde se le diagnosticó infección de vías urinarias, infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo; además de lo anteriormente mencionado, por el hecho de no tener sutura para llevarle a cabo un cerclaje cervical y de esta manera evitar el aborto, se le dio remisión a la Clínica SOMER.

**DÉCIMO:** Llevándosele a cabo una ecografía obstétrica con detalle anatómico el día 26 de febrero de 2023 en la Sociedad Médica Somer de Rionegro, se pudo constatar que el nasciturus venía en condiciones normales, condición que fue confirmada a través de una ecografía abdominal total que se le hizo con fecha del 2 de marzo de 2023.

**DÉCIMO PRIMERO:** El día 3 de marzo de 2023 a la señora LEMOS ARIAS se le hizo un legrado obstétrico y se le diagnosticó corioamnionitis que es una infección de la bolsa amniótica; la situación antes mencionada hizo poner en peligro la vida del gestado y de la gestante, tanto así que se practicó un aborto que no fue consentido por mi mandante.

**DÉCIMO SEGUNDO:** Mi mandante desde esa fecha y hasta la presente ha tenido que acudir recurrentemente a ayuda por psiquiatría, por el daño que se le causó.

## DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN A LA SOLICITUD

Para que se tengan como pedidas dentro del término de fijación en lista, solicito se decreten, practiquen y tengan las siguientes:

- a. Copia de las Cédulas de Ciudadanías de mis mandantes.
- b. Copia del Certificado del SISBÉN de mis mandantes.
- c. Copia del recibo de la energía, donde se puede demostrar el estado de indefensión debido a la estratificación de la vivienda que habitan el señor YILMAR ALBERTO CÓRDOBA MOSQUERA y la señora SUANNY KARINA LEMOS LOZANO.
- d. Copia del contrato que tenía la señora LEMOS ÁRIAS y que tuvo que rescindir por los problemas de salud asociados al tratamiento que recibió por el embarazo.
- e. Copia de Declaraciones Juramentada ante Notario Público, que demuestran la convivencia permanente existente entre el señor YILMAR ALBERTO CÓRDOBA MOSQUERA y la señora SUANNY KARINA LEMOS ARIAS.
- f. Registro Civil de Nacimiento de SUANNY KARINA LEMOS ARIAS y WILSON ALEXANDER LEMOS ARIAS, donde se muestra el parentesco que existe con la señora YULENNY ARIAS RODRÍGUEZ y el señor WILSON LEMOS CÓRDOBA.
- g. Registro Civil de Nacimiento del señor YILMAR ALBERTO CÓRDOBA MOSQUERA, donde se muestra el parentesco que existe como hijo de la señora MARÍA NELLY MOSQUERA CUESTA.
- h. Historia Clínica.

## NOTIFICACIONES

### EL APODERADO:

**Dirección:** Cra. 18 N° 33-84, Barrio Porvenir, Sector El Dorado.

**Ciudad - Departamento:** Quibdó - Chocó

**Correo electrónico:** jacksontorres18@yahoo.es

**Teléfono Celular:** 3148467036

### LOS SOLICITANTES:

**Dirección:** Barrio Medrano, Sector El Piñal

**Ciudad - Departamento:** Quibdó - Chocó

**Correo electrónico:** angelita\_220995@hotmail.com

**Teléfono Celular:** 322 3462896

### LAS ENTIDADES SOLICITADAS:

**IPS SALUD PROTEGIDA EU - BAGADÓ (Centro De Salud Bagadó - Chocó)**

**Dirección:** Barrio Villa Nueva, BAGADO, CHOCO, COLOMBIA

**Teléfono:** 3148272907

**Correo electrónico:** odontorosamm@hotmail.com

### **IPS FUNMELLOCO DE BAGADÓ**

**Dirección:** Barrio Las Palmeras, Bagadó - Chocó

**Correo electrónico:** funafrocolombianafunmelloco@yahoo.com

**Teléfono conmutador:** (604) 6720730 - 3134009355

### **FUNDACIÓN UNIÓNVIDA "FUNVIDA" IPS**

**Dirección:** Carrera 2 #26-20, Quibdó

**Correo electrónico:** unionvida2012@hotmail.com, facturacion.electronica@funvidaips.org, cartera@funvidaips.org, financiera@funvidaips.org, quirofano@funvidaips.org

**Teléfono conmutador:** (604) 6719091 / (604) 679834 / 3117354062

### **COMFACHOCO EPS**

**Dirección:** Calle 23 No. 4-31 Calle las Águilas

**Correo electrónico:** comfachoco@comfachoco.com.co

**Teléfono conmutador:** (604) 6712414, (604) 6708747.

### **COMFACHOCO IPS**

**Dirección:** Carrera 4 No. 29-57

**Correo electrónico:** comfachoco@comfachoco.com.co

**Teléfono conmutador:** (604) 6709802, (604) 6708747

### **SOCIEDAD MÉDICA SOMER DE RIONEGRO**

**Dirección:** Calle 38 No. 54A-35 Rionegro - Antioquia

**Correo electrónico:** gerencia@clnicasomer.com

**Teléfono conmutador:** (604) 6052626, (604) 5699999

### **LOS MÉDICOS SOLICITADOS:**

#### **YENNY MAGALY CUERO CUERO y FEDERMAN ATILIO BENAVIDES ANGULO**

Deberán recibir notificaciones en su lugar de trabajo, que es IPS SALUD PROTEGIDA EU - BAGADÓ (Centro De Salud Bagadó - Chocó)

**Dirección:** Barrio Villa Nueva, BAGADO, CHOCO, COLOMBIA

**Teléfono:** 3148272907

**Correo electrónico:** odontorosamm@hotmail.com

#### **MARÍA ANGÉLICA POLO ROJANO**

Deberá recibir notificaciones en su lugar de trabajo, que es **IPS FUNMELLOCO DE BAGADÓ**

**Dirección:** Barrio Las Palmeras, Bagadó - Chocó

**Correo electrónico:** funafrocolombianafunmelloco@yahoo.com

**Teléfono conmutador:** (604) 6720730 - 3134009355

**SANDRA MILENA SÁNCHEZ VALENCIA**

Deberá recibir notificaciones en su lugar de trabajo, que es **FUNDACIÓN UNIÓNVIDA "FUNVIDA" IPS**

**Dirección:** Carrera 2 #26-20, Quibdó

**Correo electrónico:** unionvida2012@hotmail.com, facturacion.electronica@funvidaips.org, cartera@funvidaips.org, financiera@funvidaips.org, quirofano@funvidaips.org

**Teléfono conmutador:** (604) 6719091 / (604) 679834 / 3117354062

**YUSSY JOHANNA RENTERÍA VIDAL, TAMARA LILEYA MOSQUERA PEREA e ITHIER EDILGAR PALACIOS MORENO**

Deberán recibir notificaciones en su lugar de trabajo, que es **COMFACHOCO IPS**

**Dirección:** Carrera 4 No. 29-57

**Correo electrónico:** comfachoco@comfachoco.com.co

**Teléfono conmutador:** (604) 6709802, (604) 670874

**VICTORIA EUGENIA GARCÍA VELÁZQUEZ**

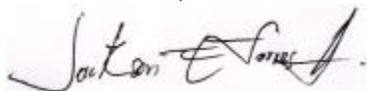
Deberá recibir notificaciones en su lugar de trabajo, que es **SOCIEDAD MÉDICA SOMER DE RIONEGRO**

**Dirección:** Calle 38 No. 54A-35 Rionegro - Antioquia

**Correo electrónico:** gerencia@clnicasomer.com

**Teléfono conmutador:** (604) 6052626, (604) 5699999

Atentamente,



JACKSON ENRIQUE TORRES ALLÍN

C.C. 1.077.424.881 de Quibdó (Chocó)

T.P. N°. 391.699 C.S. de la J.

Cámara de Comercio del Chocó  
**CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO**

Fecha de expedición: 10/01/2024 - 1:23:14 PM

Recibo No.: 0001242233

Valor: \$00



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: KflihjNiellGccil

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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, DATOS GENERALES Y MATRÍCULA**

Nombre: IPS SALUD PROTEGIDA BAGADO  
Matrícula No.: 29-061814-02  
Fecha de Matrícula: 29 de Noviembre de 2021  
Último año renovado: 2023  
Fecha de Renovación: 30 de Enero de 2023  
Activos vinculados: \$1,000,000

**UBICACIÓN**

Dirección comercial: Barrio Villa Nueva  
Municipio: BAGADO, CHOCO, COLOMBIA  
Correo electrónico: odontorosamm@hotmail.com  
Teléfono comercial 1: 3148272907  
Teléfono comercial 2: No reportó  
Teléfono comercial 3: No reportó

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal código CIIU: 8699  
Actividad secundaria código CIIU: 8622  
Otras actividades código CIIU: 8621

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES-:

Otras actividades de atención de la salud humana  
Actividades de la práctica odontológica  
Actividades de la práctica médica, sin internación

**PROPIETARIO(S)**

Nombre: I.P.S SALUD PROTEGIDA E.U.  
Identificación: N 900037648-7  
Domicilio: QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA  
Matrícula No.: 29-033714-09  
Dirección: CALLE 15 No 8 - 50 PISO 1  
QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA  
Teléfono: 3148272907

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: KflihjNiellGccil

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

### **RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Choco, 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.

### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Este certificado refleja la situación jurídica registral del establecimiento, a la fecha y hora de su expedición.

De conformidad con el artículo 12 del decreto 2150 de 1995 la firma mecánica que aparece a continuación tiene plena validez para todos los efectos legales.

Este certificado cuenta con plena validez jurídica según lo dispuesto en la ley 527 de 1999. En él se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del Secretario de la Cámara de Comercio del Chocó, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos PDF.

Si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual puede imprimirlo con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio del Chocó. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar su contenido, de manera ilimitada durante 60 días calendario contados a partir del momento de su expedición, ingresando a <http://www.camarachoco.org.co> y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.

Cámara de Comercio del Chocó  
**CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO**

Fecha de expedición: 10/01/2024 - 1:23:14 PM

Recibo No.: 0001242233

Valor: \$00



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: KflihjNiellGccil

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

**LISETH VIRGINIA PRENS GARCÍA**  
**SECRETARIO**

Recibo No.: 0001242231

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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 LAS INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÀNIMO DE LUCRO, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

### **NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: FUNDACION PARA EL DESARROLLO DE LAS  
COMUNIDADES AFRO COLOMBIANAS MEDARDO  
LLOREDA CORDOBA

Sigla: FUNMELLOCO

Nit: 900359029-1

Domicilio principal: BAGADO, CHOCO, COLOMBIA

### **INSCRIPCION**

Inscripción No.: 29-501961-22  
Fecha inscripción: 21 de Mayo de 2010  
Último año renovado: 2023  
Fecha de renovación: 23 de Marzo de 2023  
Grupo NIIF: GRUPO III. Microempresas.

### **UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal: BARRIO LAS PALMERAS  
Municipio: BAGADO, CHOCO, COLOMBIA  
Correo electrónico: funafrocolombianafunmelloco@yahoo.com  
Teléfono comercial 1: 6720730  
Teléfono comercial 2: 3134009355  
Teléfono comercial 3: No reportó  
Página web: No reportó

Dirección para notificación judicial: BARRIO LAS PALMERAS  
Municipio: BAGADO, CHOCO, COLOMBIA  
Correo electrónico de notificación:  
funafrocolombianafunmelloco@yahoo.com  
Teléfono para notificación 1: 6720730  
Teléfono para notificación 2: 3134009355  
Teléfono para notificación 3: No reportó

Recibo No.: 0001242231

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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 persona jurídica FUNDACION PARA EL DESARROLLO DE LAS COMUNIDADES AFRO COLOMBIANAS MEDARDO LLOREDA CORDOBA SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo

### **CONSTITUCIÓN**

Que por Acta No. 0001, de diciembre 12 de 2003, de la Asamblea de Constitución, inscrita en esta Cámara de Comercio en mayo 21 de 2010, con el No. 3716 del Libro I, se constituyó una entidad sin ánimo de lucro de las Fundaciones denominada: FUNDACION PARA EL DESARROLLO DE LAS COMUNIDADES AFRO COLOMBIANAS MEDARDO LLOREDA CORDOBA y se socializara con la sigla FUNMELLOCO

### **ENTIDAD QUE EJERCE LA FUNCIÓN DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL**

GOBERNACION DEL CHOCO

### **TERMINO DE DURACIÓN**

Que la entidad sin ánimo de lucro no se halla disuelta y su duración es indefinida.

### **OBJETO SOCIAL**

OBJETIVOS: Son objetivos de la fundación los siguientes:

1.Elaborar y presentar a las entidades gubernamentales y no gubernamentales propuestas y programas en Pro de la observancia y aplicación practica de la declaración de los derechos del pueblo afro colombiano, la convención internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación racial el protocolo de rio de Janeiro para la protección del medio ambiente, proclamada por las naciones unidas y suscritas por el estado colombiano.

2.Promover la organización y concientización de las comunidades negras y afro colombianas del país, en Pro del reconocimiento de sus derechos, condiciones de vida digna, y desarrollo de su identidad afro colombiana.

Recibo No.: 0001242231

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

3.Realizar acciones y presentar propuestas y programas tendientes a la eliminación del racismo, la discriminación racista y los perjuicios racistas en la comunidad Afro colombiana.

4.Elaborar programas de reivindicaciones de las comunidades afro colombianas para presentarlos a las instituciones estatales y privadas con miras a que sean acogidas en los planes de desarrollo.

5.Entablar contactos con los organismos nacionales e internacionales para establecimientos de formas de cooperación para el desarrollo organizativo, socioeconómico y cultural de las comunidades afro colombianas.

6.Promover la formación de organizaciones que unifiquen los diversos sectores comunitarios en especial aquellos que fortalezcan su capacidad de producción económica y de autogestión, como las empresas asociativas, empresas comunitarias, cooperativa y asociaciones sociales Afro colombianas.

7.Promover el intercambio fortalecimiento y unidad de acciones entre las organizaciones y pueblos de la comunidad afro colombiana.

8.Promover la creación de fundaciones, grupos ecológicos y ambientales, que concienticen, organicen y movilicen a las comunidades Afro colombianas en defensas de sus tierras ancestrales y el derecho a la explotación racional de los recursos hídricos, forestales, minerales, etiológico, la convivencia de la comunidad. Afro colombiana con la naturaleza en beneficio recíproco.

9.Rescatar, enaltecer y difundir la identidad étnica la historia y la cultura afro colombiana.

10.Fomentar el rescate de la vida cultural e intelectual de las comunidades negras promoviendo eventos y actividades culturales que investiguen, dinamicen y difundan las expresiones y realizaciones africanas y afro colombianas.

11.Promover el intercambio económico, cultural y diplomático entre Colombia y los países africanos; fomentar el desarrollo de identidad colombo africana a través de la creación de instituciones de cultura e identidad colombo africanas, y la suscripción de convenios de

Recibo No.: 0001242231

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

cooperación educativa y cultural entre entidades estatales y privadas colombianas y africanas.

12. Editar y difundir periódicos, revistas, libros y demás publicaciones de información y reconocimiento del protagonismo y creatividad de los pueblos africanos, afro-americano y afro Colombianos.

13. Establecer planes y programas para el desarrollo integral del menor adolescente afro colombiano, pudiendo informar, comunicar y denunciar los casos fehacientes o fragrantes de abuso donde aparezcan involucrados éstos, antes las autoridades competentes.

14. Ofrecer a los establecimientos educativos, junta de acción comunal, juntas administradoras locales, asociaciones y demás organismos comunitarios de la base la capacitación y asesorías en aspectos inherentes al menor y la familia afro colombiana.

15. Ejercer veeduría en los organismos estatales e instituciones no gubernamentales, mediante sus representantes ante ellas, con el fin de ejercer la defensas de los interese del menor-adolescente afro colombiano, para prevenir el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar.

16. Prestación de los servicios de salud, entendidos como un servicio público esencial y como parte integral del Sistema General de la Seguridad Social en Salud.

17. Implementar herramientas tecnológicas e informáticas relacionadas con las gestiones técnico-administrativas de los servicios de salud.

18. Permitirá a todos los usuarios de sus servicios participar en actividades de organización, programación de evaluación de los servicios ofrecidos.

19. Prestar servicios de salud, ambulatorios, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos, integrales en medicina general, odontología, laboratorio clínico, imagenología, transporte especial de pacientes y demás servicios relacionados directamente con la prestación de servicios de salud con alta calidad humana, técnica y científica de manera prioritaria a sus usuarios.

Recibo No.: 0001242231

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

20.Elaborar, revisar o modificar los manuales de procedimientos asistenciales de los servicios de salud según la normatividad vigente.

21.Desarrollar y ofrecer los servicios de salud de primer nivel de complejidad de acuerdo con las necesidades de la demanda y ajustando la capacidad de oferta.

22.Desarrollar, implementar y hacer seguimiento dentro de la entidad a una cultura de la calidad y el mejoramiento continuo en todos sus procesos y en los servicios que ofrece a su población para asegurar altos niveles de satisfacción a los usuarios y eficiencia, eficacia y efectividad en sus resultados.

23.Adelantar una gestión con énfasis en el desarrollo del talento humano, en el que se privilegie la capacitación, la innovación y la creatividad de todos sus integrantes.

24.Garantizar y estimular los mecanismos de participación ciudadana y social a todos los usuarios de los servicios de salud establecidos por la ley y normativizados dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

25.Desarrollar programas de atención integral a la primera infancia en trabajo con el ICBF, gobernaciones, alcaldías, empresas privadas y cooperación internacional.

26.Inversión en inmuebles urbanos y rurales así como la adquisición, arrendamiento, gravamen y enajenación de los mismos.

27.Difundir y promover el oficio artesanal como patrimonio cultural intangible

28.Propender a la capacitación de sus asociados y de la comunidad en general, mediante la creación de talleres, cursos que dictarán con tales fines y con tiendas donde se vendan los productos artesanales.

29.La inversión, comercialización, importación y exportación de equipos e insumos médicos quirúrgicos y hospitalarios así como de productos farmacéuticos y afines.

30.La inversión en establecimientos de salud y servicios médico

Recibo No.: 0001242231

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

asistenciales.

31.La compra venta distribución, importación, exportación de mercancías, productos, materias primas y artículos de servicios de bienes capital.

32.Participación en la fabricación, producción y distribución de uniformes y artículos médicos.

33.Consultoría y asesoría de empresas prestadoras de servicios de salud Nacionales o Extranjeras.

34. Reivindicar y promover los derechos humanos, territoriales, sociales, económicos, culturales y ambientales y/o político de las comunidades negras Afrocolombianas, Raizales o Palanqueras, desde el decreto número 1066 de 2015 continuación del decreto ?Por medio del cual se expide el decreto único Reglamentario del sector administrativo del interior página 186 perspectiva étnica, dentro del marco de la diversidad etnocultural que caracteriza al País.

35-Participaren el desarrollo de programas y proyectos de protección integral, para población vulnerable (adolescentes).

36- Desarrollar trabajos investigativos con comunidades negras para realización de políticas públicas.

37- Desarrollar programas de recreación y deporte con enfoque diferencial étnico.

PARÁGRAFO PRIMERO: dentro del desarrollo del objeto social, la fundación podrá celebrar contratos civiles, comerciales, o administrativos y convenios, comprar o vender bienes muebles e inmuebles, aceptar donaciones, aportes privados, comprometer su patrimonio, con entidades privadas, institucionales o colombianas Extranjeras, sin que eso implique perder su condición de fundación sin ánimo de lucro.

PARÁGRAFO SEGUNDO: la fundación podrá celebrar, además toda clase de actos, operaciones o contratos que tenga relación directa con las actividades que conforman los objetivos o cuya finalidad sea ejercer los derechos y cumplir las obligaciones legales o convencionales derivadas de la existencia de la fundación; ésta contará y podrá difundir la información, capacitación y desarrollo, conforme a sus objetivos por los

Recibo No.: 0001242231

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

medios de comunicación.

LIMITACIONES, PROHIBICIONES, AUTORIZACIONES ESTABLECIDAS SEGÚN LOS ESTATUTOS:

PROHIBICIONES DE LOS MIEMBROS: se prohíbe a los activos:

- a) usar fraudulentamente los bienes de la fundación.
- b) Usar en forma indebida el nombre de la fundación.
- c) Irrespetar la moral, honra y vida de los miembros.

Que dentro de las funciones de la Junta Directiva, está:

Determinar el monto máximo hasta el cual podrá el comprometer a la entidad en la creación de contratos con los cuales se adquieran o suministren bienes y servicios.

#### **PATRIMONIO**

QUE EL PATRIMONIO DE LA ENTIDAD ES: \$50.000.000,00

#### **REPRESENTACIÓN LEGAL**

PRESIDENTE: El presidente de la Junta Directiva es el representante legal de la fundación y como tal la representa administrativa, jurídica y extrajudicialmente, dentro de los términos jurídicos y las atribuciones conferidas por los estatutos, el cual será reemplazado por el Vicepresidente en su ausencia temporal o definitiva.

#### **FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

FUNCIONES DEL PRESIDENTE:

- a) Ejercer la representación legal de la fundación y como tal, Suscribir los actos convenios y contratos en representación de la misma, Otorgando los poderes necesarios para la defensa de los Intereses de la misma. Según la naturaleza y cuantía de los gastos, el presidente se sujetará a

Recibo No.: 0001242231

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

las autorizaciones de la junta directiva.

b) firmas las actas y resoluciones de los órganos que preside, conjuntamente con el secretario.

c) Presidir y dirigir las reuniones de la junta directiva y la asamblea general.

d) Dar cumplimientos a los mandatos de la asamblea y las decisiones de la junta directiva.

e) Presentar a la junta directiva un informe semestral de las actividades de la fundación.

f) Presentar a la junta directiva las cuentas, balances y presupuestos de las actividades de la fundación.

g) Autorizar con su firma los gastos de la fundación.

h) Administrar los bienes, muebles e inmueble de la fundación.

i) Dirigir la actividad laboral de la fundación.

j) Las demás funciones que la asamblea y la junta directiva le asigne.

#### **NOMBRAMIENTOS**

#### **REPRESENTANTES LEGALES**

Por Acta No. 010 del 23 de octubre de 2022, de la Asamblea de Asociados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 1 de diciembre de 2022 con el No. 14579 del Libro I, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRESIDENTE Y REPRESENTANTE LEGAL	PATRICIA RIVAS LLOREDA	C.C 1.077.421.311
VICEPRESIDENTE	JHON FREDY QUEJADA PALACIOS	C.C 11.813.784

Recibo No.: 0001242231

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

JUNTA DIRECTIVA

NOMBRE	IDENTIFICACION
PATRICIA RIVAS LLOREDA	C.C 1.077.421.311
JHON FREDY QUEJADA PALACIOS	C.C 11.813.784
LUIS MEDARDO LLOREDA CORDOBA	C.C 4.507.766
YINETH BIVIANA RENTERIA LLOREDA	C.C 1.078.180.475
YANIA LORENA RENTERIA LLOREDA	C.C 1.077.475.104
YARLEIDIS LLOREDA RENTERIA	C.C 26.290.745
LUIS ALBERTO RENTERIA MATURANA	C.C 4.813.785

Por Acta No. 0012 del 8 de julio de 2018, de la Asamblea de Asociados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 31 de agosto de 2018, con el No. 9517 del Libro I, se designó a:

NOMBRE	IDENTIFICACION
PATRICIA RIVAS LLOREDA	C.C 1.077.421.311

Por Acta No. 0004 del 20 de enero de 2017, de la Asamblea de Asociados, inscrita en esta Cámara de comercio el 16 de marzo de 2017, con el No. 7210 del Libro I, se designó a:

NOMBRE	IDENTIFICACION
LUIS MEDARDO LLOREDA CORDOBA	C.C 4.507.766
YARLEIDIS LLOREDA RENTERIA	C.C 26.290.745

Por Acta No. 007 del 20 de junio de 2022, de la Asamblea de Asociados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 7 de julio de 2022, con el No. 14054 del libro I, se designó a:

NOMBRE	IDENTIFICACION
YINETH BIVIANA RENTERIA LLOREDA	C.C 1.078.180.475
YANIA LORENA RENTERIA LLOREDA	C.C 1.077.475.104
LUIS ALBERTO RENTERIA MATURANA	C.C 4.813.785

Por Acta No. 010 del 23 de octubre de 2022, de la Asamblea de Asociados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 1 de diciembre de 2022 con el No. 14578 del Libro I, se designó a:

NOMBRE	IDENTIFICACION
--------	----------------

Recibo No.: 0001242231

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

JHON FREDY QUEJADA PALACIOS

C.C 11.813.784

#### REVISORES FISCALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REVISOR FISCAL	NEIFER CORDOBA MOSQUERA DESIGNACION	1.007.737.393

Por Acta número 0004 del 20 de enero de 2017, de la Asamblea de Asociados, registrado(a) en esta Cámara el 16 de marzo de 2017, en el libro 1, bajo el número 7212.

#### REFORMAS A LOS ESTATUTOS

REFORMAS: Que hasta la fecha la entidad ha sido reformada por los siguientes documentos:

Acta No.0003 del 13 de Octubre de 2014, de la Asamblea General de Asociados, registrada en esta Cámara de Comercio el 26 de Noviembre de 2014, en el libro 1o., bajo el No.5766, mediante la cual entre otras reformas, la sociedad cambia su domicilio de Quibdó para Bagadó.

Acta No. 0004 del 20 de Enero de 2017 de la Asamblea de Asociados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 17 de marzo de 2017, bajo el No. 7209 del libro 1 del registro de Entidad sin Ánimo de Lucro.

Acta No. 5 del 26 de noviembre de 2017, de la Asamblea de Asociados, inscrito (a) en esta cámara de comercio el 01 de diciembre de 2017 bajo el número 8855 del libro 1 del registro de entidades sin ánimo de lucro.

#### 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 Choco, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos

Recibo No.: 0001242231

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

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: 9499

#### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

##### **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.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$30,000,000.00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU: 9499

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la entidad, a la fecha y hora de su expedición.

De conformidad con el artículo 12 del decreto 2150 de 1995 la firma mecánica que aparece a continuación tiene plena validez para todos los efectos legales.

Este certificado cuenta con plena validez jurídica según lo dispuesto en la ley 527 de 1999. En él se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del Secretario de la Cámara de Comercio del Chocó, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor

Recibo No.: 0001242231

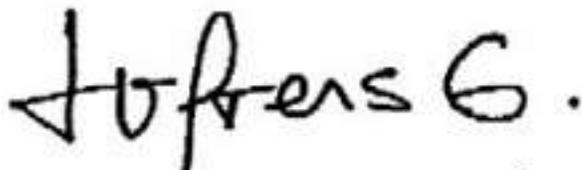
Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: yPcnfJofaIjcdfii

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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 documentos PDF.

Si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual puede imprimirlo con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio del Chocó. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar su contenido, de manera ilimitada durante 60 días calendario contados a partir del momento de su expedición, ingresando a <http://www.camarachoco.org.co> y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.



**LISETH VIRGINIA PRENS GARCÍA**  
**SECRETARIO**

Cámara de Comercio del Chocó  
**CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO**

Fecha de expedición: 10/01/2024 - 1:13:14 PM

Recibo No.: 0001242229

Valor: \$00



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: liUuhciRsEkbprs

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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, DATOS GENERALES Y MATRÍCULA**

Nombre: COMFACHOCO ARS.  
Matrícula No.: 29-026949-02  
Fecha de Matrícula: 13 de Mayo de 2003  
Último año renovado: 2023  
Fecha de Renovación: 23 de Marzo de 2023  
Activos vinculados: \$410,700,000

**UBICACIÓN**

Dirección comercial: CALLE 23 N° 4 31  
Municipio: QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA  
Correo electrónico: comfachoco@comfachoco.com.co  
Teléfono comercial 1: 6711597  
Teléfono comercial 2: 6713749  
Teléfono comercial 3: No reportó

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal código CIIU: 8699

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES-:

Otras actividades de atención de la salud humana

**PROPIETARIO(S)**

Nombre: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO  
Identificación: N 891600091-8  
29-701834-97 Matrícula No.:  
Dirección: Calle 23 4 31  
QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA  
Teléfono: 6708747

**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,



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: liUuhciRsEkbdprs

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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 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 Choco, 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.

#### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Este certificado refleja la situación jurídica registral del establecimiento, a la fecha y hora de su expedición.

De conformidad con el artículo 12 del decreto 2150 de 1995 la firma mecánica que aparece a continuación tiene plena validez para todos los efectos legales.

Este certificado cuenta con plena validez jurídica según lo dispuesto en la ley 527 de 1999. En él se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del Secretario de la Cámara de Comercio del Chocó, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos PDF.

Si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual puede imprimirlo con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio del Chocó. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar su contenido, de manera ilimitada durante 60 días calendario contados a partir del momento de su expedición, ingresando a <http://www.camarachoco.org.co> y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.

.....  
.....  
.....  
.....

Cámara de Comercio del Chocó  
**CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO**

Fecha de expedición: 10/01/2024 - 1:13:14 PM

Recibo No.: 0001242229

Valor: \$00



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: liUuhciRsEkbdprs

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

**LISETH VIRGINIA PRENS GARCÍA**  
**SECRETARIO**

Cámara de Comercio del Chocó  
**CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO**

Fecha de expedición: 10/01/2024 - 1:02:15 PM

Recibo No.: 0001242227

Valor: \$00



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: FbjNilddlAbiUoid

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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, DATOS GENERALES Y MATRÍCULA**

Nombre: COMFACHOCO I.P.S.  
Matrícula No.: 29-020412-02  
Fecha de Matrícula: 31 de Marzo de 1998  
Último año renovado: 2023  
Fecha de Renovación: 23 de Marzo de 2023  
Activos vinculados: \$3,298,000,000

**UBICACIÓN**

Dirección comercial: Carrera 4 29 37  
Municipio: QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA  
Correo electrónico: comfachoco@comfachoco.com.co  
Teléfono comercial 1: 6711597  
Teléfono comercial 2: 6713749  
Teléfono comercial 3: No reportó

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal código CIIU: 8610

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES-:

Actividades de hospitales y clínicas, con internación

**PROPIETARIO(S)**

Nombre: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO  
Identificación: N 891600091-8  
29-701834-97 Matrícula No.:  
Dirección: Calle 23 4 31  
QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA  
Teléfono: 6708747

**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,



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: FbjNilddlAbiUoid

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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 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 Choco, 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.

#### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Este certificado refleja la situación jurídica registral del establecimiento, a la fecha y hora de su expedición.

De conformidad con el artículo 12 del decreto 2150 de 1995 la firma mecánica que aparece a continuación tiene plena validez para todos los efectos legales.

Este certificado cuenta con plena validez jurídica según lo dispuesto en la ley 527 de 1999. En él se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del Secretario de la Cámara de Comercio del Chocó, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos PDF.

Si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual puede imprimirlo con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio del Chocó. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar su contenido, de manera ilimitada durante 60 días calendario contados a partir del momento de su expedición, ingresando a <http://www.camarachoco.org.co> y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.

.....  
.....  
.....  
.....

Cámara de Comercio del Chocó  
**CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO**

Fecha de expedición: 10/01/2024 - 1:02:15 PM

Recibo No.: 0001242227

Valor: \$00



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: FbjNilddlAbiUoid

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

**LISETH VIRGINIA PRENS GARCÍA**  
**SECRETARIO**

Recibo No.: 0001236699

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jkcahVlXkPjpkbZ

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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 LAS INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÀNIMO DE LUCRO, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: FUNDACION UNIONVIDA  
Sigla: FUNVIDA  
Nit: 900520293-7  
Domicilio principal: QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA

**INSCRIPCION**

Inscripción No.: 29-502172-22  
Fecha inscripción: 30 de Abril de 2012  
Último año renovado: 2023  
Fecha de renovación: 20 de Febrero de 2023  
Grupo NIIF: Entidades controladas por Supersalud y Supersubsidio de acuerdo a lo establecido en el decreto 2649 y 2650.

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal: Carrera 2 26 20  
Municipio: QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA  
Correo electrónico: unionvida2012@hotmail.com  
Teléfono comercial 1: 6719091  
Teléfono comercial 2: No reportó  
Teléfono comercial 3: No reportó  
Página web: No reportó

Dirección para notificación judicial: Carrera 2 26 20  
Municipio: QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA  
Correo electrónico de notificación: unionvida2012@hotmail.com  
Teléfono para notificación 1: 6719091  
Teléfono para notificación 2: No reportó  
Teléfono para notificación 3: No reportó

Recibo No.: 0001236699

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jkcahVlXkPjpckbZ

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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 persona jurídica FUNDACION UNIONVIDA SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo

### **CONSTITUCIÓN**

CONSTITUCION: Que por Acta de enero 24 de 2012 de los Fundadores, registrada en esta Entidad en abril 30 de 2012, en el libro 1, bajo el número 4429, se constituyó una entidad sin ánimo de lucro denominada:

FUNDACION UNIONVIDA  
actuara bajo la sigla FUNVIDA

### **ENTIDAD QUE EJERCE LA FUNCIÓN DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL**

superintendencia nacional de salud supersalud

### **TERMINO DE DURACIÓN**

VIGENCIA: Que la entidad sin ánimo de lucro no se halla disuelta y su duración es indefinida.

### **OBJETO SOCIAL**

OBJETO SOCIAL: El objeto de la Fundación es el desarrollo de programas sociales y de salud orientados a mejorar la calidad de Vida de las poblaciones vulnerables.

a) Impulsar propuestas, planes, programas y proyectos dirigidos a grupos o población vulnerables, que ayuden a identificar necesidades básicas insatisfechas y alternativas de solución a las mismas.

b) Implementar programas de atención a poblaciones vulnerables.

c) Incidir en políticas de respeto a los derechos fundamentales y poner en marcha un programa de formación integral de Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario (D.I.H.) y del medio ambiente; concertados de conformidad a lo consagrado en la Constitución, los Tratados internacionales y la Ley.

Recibo No.: 0001236699

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jkcahVlXkPjpkbZ

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

d) Desarrollar procesos para la recuperación, recreación y fomento de las diferentes manifestaciones culturales, recreativas y deportivas, que fortalezcan la identidad étnica en los ámbitos local, regional y nacional, en aras de la sostenibilidad del patrimonio cultural.

e) Promover y fortalecer en el individuo, el sentido de pertenencia frente a su comunidad, localidad o municipio a través del ejercicio de la democracia participativa.

f) Brindar orientación y asesorías a población vulnerable que permita su acceso a programas y servicios del Estado y de Agencias de Cooperación que incidan en su bienestar y desarrollo.

g) Diseñar propuestas tendientes a prevenir el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y brindarle atención integral al consumidor.

h) Generar estrategias que conlleven a consolidar una cultura de paz, reconciliación y de convivencia ciudadana.

i) Intervenir a las comunidades a través de asesorías y apoyo formativo-educativo, con respecto a todas las actividades que promuevan el bienestar general y la calidad de vida de la población vulnerable.

j) Fomentar una cultura de conservación y recuperación de un ambiente sano, a partir de la identificación de las reservas ecológicas (flora y fauna) que se tienen en el medio y la sensibilización en el uso racional de los recursos naturales sostenibles.

k) Establecer convenios, alianzas y contratos, con instituciones públicas, privadas, mixtas, ONG'S, organizaciones de base (Juntas de acción comunal, Juntas locales), del orden municipal, departamental, nacional, de cooperación internacional tendientes a lograr el objeto de la Fundación.

l) Intervenir a las comunidades a través del desarrollo de actividades de salud de baja y mediana implementar actividades de salud Pública y de PyP conforme lo contempla el decreto 3039/2007 el cual hace referencia al Plan Nacional de Salud. ) PNSP).

m) Realizar, directa o indirectamente, por cuenta propia o ajena

Recibo No.: 0001236699

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jkcahVlXkPjpkbZ

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

mediante consorcios y uniones temporales o alianzas estratégicas con entidades gubernamentales y no gubernamentales u organizaciones de la sociedad civil o entidades encaminadas a ejecutar, administrar, coordinar planes de programas o proyectos de salud en caminados a mejorar la calidad de vida de la población vulnerable a través de los diferentes programas que estén en concordancia con el desarrollo del objeto social.

-Atención a la primera infancia.

-Atención al Adulto mayor.

-Operador de Servicios Asistenciales de Salud.

-Suministro de implementos médicos y quirúrgicos en general.

-Realizar actividades en todo el territorio nacional, tendientes a mejorar la calidad de vida, principalmente de niños, niñas, jóvenes, adolescentes, adultos, adultos mayores, desplazados, personas con algún tipo de discapacidad, como grupos vulnerables, necesitados de una atención integral, haciendo mayor énfasis en el área de la salud.

-Actividades educativas y recreativas para niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adulto y adulto mayor.

-Mejorar la atención en su salud de toda la población en general.

-Analizar periódicamente las necesidades en salud de la región.

-Prestar servicio integral en salud, a las instituciones públicas, privadas y comunidad en general.

-Capacitación integral en salud, en instituciones públicas y privadas.

-Organizar, promover, ejecutar, financiar, formar parte en seminarios, foros, congreso, consultoría, investigación en general, acorde a su objeto y fines.

-Servicios sociales para mejorar la calidad y las condiciones de vida de la comunidad necesitada, en el intento de luchar contra la pobreza, la inseguridad y la exclusión social.

Recibo No.: 0001236699

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jkcahVlXkPjpckbZ

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

### **PATRIMONIO**

QUE EL PATRIMONIO DE LA ENTIDAD ES: \$10,000,000.00

Por Acta del 24 de enero de 2012, de los Fundadores registrada en esta Cámara el 30 de abril de 2012, en el libro 1, bajo el No. 4429

### **REPRESENTACIÓN LEGAL**

REPRESENTACION LEGAL: La Fundación tendrá un Presidente. El presidente de la FUNDACION lo será también de la Junta Directiva y de la Asamblea General y todos los empleados al servicio de la entidad, a excepción del Revisor Fiscal, estarán subordinados a él.

PARÁGRAFO: El presidente podrá realizar todos los actos y celebrar todos los contratos comprendidos en el giro administrativo ordinario, para lograr los fines de la FUNDACIÓN con la única limitación que deberá acatar las decisiones de la Asamblea General y las de la Junta Directiva en los asuntos de competencias de dichos órganos y de los comités, para lo cual deberá tener la autorización y aprobación de ellos cuando sea requerido de conformidad con los presentes estatutos.

FUNCIONES DEL PRESIDENTE: El Presidente de la Fundación tendrá las siguientes atribuciones:

- a. Velar por el cumplimiento de los estatutos, reglamentos, determinaciones e instrucciones de la asamblea de asociados.
- b. Será el ordenador del gasto y responsable de los giros y los pagos que se realicen de parte de la FUNDACION UNIONVIDA ?FUNVIDA? Representar a la fundación judicial y extrajudicialmente ante las autoridades públicas y ante cualquier persona jurídica y natural con las que aquella entrare en relación, lo mismo que a conseguir Apoderados.
- c. El Presidente de la FUNDACION.
- d. Queda autorizado para la celebración de contratos con entidades gubernamentales y no gubernamentales, nacionales y extranjeras sin

Recibo No.: 0001236699

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jkcahVlXkPjpckbZ

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

límite de cuantía.

e. Ordenar con el tesorero, los cheques y demás órdenes de pago que hayan sido previamente aprobados por el órgano competente.

f. Presentar periódicamente informes sobre los gastos, las inversiones y actividades realizadas, al igual que las gestiones y estado de los proyectos y programas de la Fundación.

g. Hacer debida entrega del cargo y estado de las responsabilidades adquiridas por la Junta, dentro del término de un (1) mes, a quien lo reemplace.

h. Las demás que le correspondan por naturaleza de su cargo.

#### **NOMBRAMIENTOS**

NOMBRAMIENTOS:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRESIDENTE	JOSE DEL CARMEN MOSQUERA MOSQUERA DESIGNACION	11,792,860

Por Acta del 24 de enero de 2012, de los Fundadores registrada en esta Cámara el 30 de abril de 2012, en el libro 1, bajo el No. 4429

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REVISOR FISCAL	MARLON LEONID ANDRADE ANDRADE DESIGNACION	11,801,203

Por Acta número 5 del 4 de octubre de 2012, de la Asamblea de Asociados, registrado(a) en esta Cámara el 30 de octubre de 2012, en el libro 1, bajo el número 4651.

#### **REFORMAS A LOS ESTATUTOS**

REFORMAS: Que hasta la fecha la entidad ha sido reformada por los

Recibo No.: 0001236699

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jkcahVlXkPjpckbZ

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

siguientes documentos:

Acta No.02-2012 del 21 de mayo de 2012, de la Asamblea de Asociados.

Acta No.04-2012 del 01 de octubre de 2012, de la Asamblea de Asociados.

Acta Nro. 006, del 29 de junio de 2013, de la Asamblea General Extraordinaria de Asociados.

Documento Privado del 14 de Octubre de 2014, del Único Asociado.

#### **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 Choco, 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.

#### **CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal código CIIU: 8610

Actividad secundaria código CIIU: 8699

Otras actividades código CIIU: 8691, 4773

#### **ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO**

A nombre de la persona jurídica figuran matriculados en esta Cámara de Comercio los siguientes establecimientos de comercio/sucursales o agencias:

Nombre:	FUNDACION UNION VIDA IPS
Matrícula No.:	29-045443-02
Fecha de Matrícula:	05 de Octubre de 2012
Ultimo año renovado:	2023

Recibo No.: 0001236699

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jkcahVlXkPjpkbZ

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

Categoría: Establecimiento-Principal  
Dirección: Carrera 2 26 20  
Municipio: QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA

Nombre: CASA DE PASO FUNVIDA  
Matrícula No.: 29-048532-02  
Fecha de Matrícula: 24 de Abril de 2014  
Ultimo año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento-Principal  
Dirección: Calle 32 4 67  
Municipio: QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA

Nombre: FARMAVIDA QUIBDO  
Matrícula No.: 29-049619-02  
Fecha de Matrícula: 08 de Enero de 2015  
Ultimo año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento-Principal  
Dirección: CARRERA 6 N° 32 19 HUAPANGO  
Municipio: QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA

Nombre: FUNDACION UNION VIDA IPS SEDE N° 2  
Matrícula No.: 29-052325-02  
Fecha de Matrícula: 09 de Septiembre de 2016  
Ultimo año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento-Principal  
Dirección: Carrera 6 32 19  
Municipio: QUIBDO, CHOCO, COLOMBIA

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

Recibo No.: 0001236699

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jkcahVlXkPjpckbZ

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

WWW.RUES.ORG.CO.

SE RECOMIENDA VERIFICAR EL PORTAL [WWW.GARANTIASMOBILIARIAS.COM.CO](http://WWW.GARANTIASMOBILIARIAS.COM.CO) DONDE PUEDEN OBRAR INSCRIPCIONES ADICIONALES RELATIVAS A GARANTIAS MOBILIARIAS, CONTRATOS QUE GARANTICEN OBLIGACIONES O LIMITACIONES DE LA PROPIEDAD.

### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

#### **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 mediana.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$14,081,273,783.00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU: 8610

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la entidad, a la fecha y hora de su expedición.

De conformidad con el artículo 12 del decreto 2150 de 1995 la firma mecánica que aparece a continuación tiene plena validez para todos los efectos legales.

Este certificado cuenta con plena validez jurídica según lo dispuesto en la ley 527 de 1999. En él se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del Secretario de la Cámara de Comercio del Chocó, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos PDF.

Si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual puede imprimirlo con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio

Recibo No.: 0001236699

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jkcahVlXkPjpckbZ

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://virtuales.camaramedellin.com.co/quibdo/e-cer/> 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.  
-----

del Chocó. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar su contenido, de manera ilimitada durante 60 días calendario contados a partir del momento de su expedición, ingresando a <http://www.camarachoco.org.co> y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.



**LISETH VIRGINIA PRENS GARCÍA**  
**SECRETARIO**



**CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO**  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 10/01/2024 - 15:30:07  
Recibo No. S000771267, Valor 7900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXAc3**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:**

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón Social : SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.  
Sigla : SOMER S.A.  
Nit : 890939936-9  
Domicilio: Rionegro, Antioquia

**MATRÍCULA**

Matrícula No: 2681  
Fecha de matrícula: 23 de diciembre de 1985  
Ultimo año renovado: 2023  
Fecha de renovación: 27 de febrero de 2023  
Grupo NIIF : GRUPO I - NIIF PLENAS

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal : CL 38 CR 54A 35  
Municipio : Rionegro, Antioquia  
Correo electrónico : gerencia@clnicasomer.com  
Teléfono comercial 1 : 5699999  
Teléfono comercial 2 : No reportó.  
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CL 38 CR 54A 35  
Municipio : Rionegro, Antioquia  
Correo electrónico de notificación : gerencia@clnicasomer.com  
Teléfono para notificación 1 : 5699999  
Teléfono notificación 2 : No reportó.  
Teléfono notificación 3 : No reportó.

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. 1517 del 29 de noviembre de 1985 de la Notaria Unica De Rionegro de Rionegro, inscrito en esta Cámara de Comercio el 07 de marzo de 1988, con el No. 173 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A., Sigla SOMER S.A.

**REFORMAS ESPECIALES**

Por Escritura Pública No. 2419 del 11 de junio de 1994 de la Notaria Unica De Rionegro , inscrito en esta Cámara de Comercio el 08 de agosto de 1994, con el No. 3431 del Libro IX, se inscribió



## CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO

### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 10/01/2024 - 15:30:07  
Recibo No. S000771267, Valor 7900

#### CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXAc3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

SOCIEDAD ANOMINA FUE ACLARADA POR ESCRITURA PUBLICA NO.3.302 DEL 5 DE AGOSTO DE 1.994.

#### ORDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE - RESOLUCIONES

Por Resolución No. 510 del 06 de marzo de 1992 de la Superintendencia De Sociedades de Medellín, inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de abril de 1992, con el No. 2372 del Libro IX, se resolvió PERMISO.

Por Resolución No. 711 del 10 de diciembre de 1992 de la Superintendencia De Sociedades de Medellín, inscrito en esta Cámara de Comercio el 19 de enero de 1993, con el No. 2740 del Libro IX, se resolvió PERMISO.

#### TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 31 de diciembre de 2099.

#### OBJETO SOCIAL

Determinación del objeto social:

- 1.Desarrollo, generación, dirección y prestación de servicios de salud en todas sus formas, ya sea en el ámbito personal o institucional, ya directamente, o por contratación indirecta.
- 2.Creación, comercialización y promoción bajo cualquiera modalidad, de todo tipo de proyectos de construcción, tanto comerciales, como los tocantes con actividades que estén directa o indirectamente relacionados con la prestación de servicios profesionales en el campo de la medicina, tales como construcción de clínicas, hospitales, centro de salud o similares.
- 3.Creación, promoción y comercialización de entidades físicas o jurídicas destinadas a la prestación de servicios de salud y actividades de comercio, bajo la forma de conglomerado médico comercial, así como de labores conexas o complementarias.
- 4.Fabricación, promoción y/o comercialización de equipos médicos, medicamentos e implementos destinados a la dotación y funcionamiento de servicios de salud y complementarios, tanto a nivel nacional como internacional.
- 5.Promoción y comercialización de servicios profesionales de salud y complementarios.
- 6.Creación de centros científicos y de investigación en el área de la medicina y áreas conexas o complementarios.

Para el desarrollo y ejecución del objeto social, la sociedad queda facultada para:

A)promover la conformación de grupos de profesionales en las diferentes áreas de la salud, teniendo en cuenta sus capacidades, calidades personales, profesionales, éticas y morales para el ejercicio de la medicina y demás profesiones de la salud, los cuales podrán ser vinculados en una de estas tres modalidades: Como socio, para lo cual deberá suscribir las respectivas acciones de la especialidad en la que ejercerá; como contratista independiente; en estos dos casos, previo lleno de los requisitos establecidos en el reglamento para el ejercicio de la medicina y demás



**CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 10/01/2024 - 15:30:07  
**Recibo No.** S000771267, Valor 7900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXAc3**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

profesiones de la salud y el estudio o autorización de la Junta Directiva y del comité de acreditación, ética médica y conducta profesional; o como empleado el cual será nombrado por el gerente general de acuerdo al Numeral 10, del Artículo 53 del presente estatuto y dando cumplimiento al reglamento antes mencionado. Es de aclarar que por el solo hecho de la compra de acciones adscritas a una especialidad de la sociedad, esta no le dará derecho a un accionista a formar parte del grupo médico que presta sus servicios en el establecimiento.

B) La sociedad podrá vender o negociar sus acciones a inversionistas, sean estas personas naturales jurídicas que ostentarán entonces la calidad de socios inversionistas.

C) Celebrar toda clase de actos y contratos relacionados con el objeto social, tales como compraventa, mandato, cuentas en participación, etc. Así como, efectuar toda clase de operaciones con títulos valores, como otorgarlos, aceptarlos, avalarlos, endosarlos en todas sus formas, protestarlos, recibirlos por endoso en propiedad, en garantía o al cobro, etc.

D) Adquirir, enajenar, gravar, dar o tomar en arriendo y limitar el dominio de toda clase de bienes inmuebles o muebles necesarios o convenientes para el desarrollo de sus negocios.

E) Desarrollar sus propias líneas de servicios dentro del ramo general de los que constituyen su giro y por consiguiente, crear o adquirir marcas, nombres comerciales y derechos constitutivos de propiedad intelectual o industrial; celebrar contratos y obtener o conceder licencias contractuales para su explotación.

F) Formar parte, como socio, en otras sociedades en calidad de inversionista y asociarse con terceros para el desarrollo y explotación de cualquiera actividad o negocio relacionados con la salud.

G) Dar o tomar dineros o especies en mutuo, depósito o comodato; celebrar todas las operaciones financieras que le permitan obtener los fondos u otros activos necesarios para la buena marcha de sus actividades profesionales.}

H) Contratar personal para el desarrollo de su actividad.

I) Hacer inversiones con los excesos de liquidez; como las mismas, no se relacionan con el giro ordinario de los negocios de la sociedad, previo a la ejecución de las inversiones debe darse a conocer las mismas a la Junta Directiva.

J) Crear uniones temporales para participar en licitaciones de contratos y operaciones que guarden relación con el objeto social o en todos aquellos que tengan como finalidad ejercer los derechos y cumplir las obligaciones legales y convencionales derivadas de su existencia y de las actividades desarrolladas por el ente social.

7. Manejo, importación y re-exportación de material radioactivo, productos insumos y equipos médicos.

8. La sociedad podrá realizar convenios y prestar servicios de docencia, asistenciales y administrativos, así como también podrá ser un centro de práctica formativa de programas educativos.



**CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 10/01/2024 - 15:30:07  
**Recibo No.** S000771267, Valor 7900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXA3**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

9. Prestar servicios de salud en los campos de acción de medicina en seguridad y salud en el trabajo, pruebas complementarias de audiometría, visiometría y espirometría, psicología en seguridad y salud en el trabajo y en educación-capacitación.

10. Realizar toda actividad que sea lícita relacionada con el objeto social.

**CAPITAL**

**\* CAPITAL AUTORIZADO \***

Valor	\$ 18.804.687.660,00
No. Acciones	2.737.218,00
Valor Nominal Acciones	\$ 6.870,00

**\* CAPITAL SUSCRITO \***

Valor	\$ 17.942.949.210,00
No. Acciones	2.611.783,00
Valor Nominal Acciones	\$ 6.870,00

**\* CAPITAL PAGADO \***

Valor	\$ 17.942.949.210,00
No. Acciones	2.611.783,00
Valor Nominal Acciones	\$ 6.870,00

**FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

representacion legal: Gerencia general nombramiento, funciones generales: La gestion directa de los negocios sociales estara a cargo del gerente general, el cual sera designado por la junta directiva. Seran suplentes del gerente general, en su orden el presidente y el vicepresidente de la junta directiva, quienes lo reemplazaran en sus faltas absolutas, temporales, accidentales o cuando estuviere lealmente impedido para actuar. Por decision de la junta directiva, la representacion legal de la sociedad estara a cargo del gerente general de la sociedad, hasta tanto no le sea retirada tal calidad por este mismo organismo. Adicionalmente la junta directiva podra determinar mas de un representante legal dentro de la sociedad, siempre que asigne a cada uno de ellos funciones especificas. En todo caso el representante legal, podra en representacion de la misma, ejercer u celebrar todos los actos y contratos relacionados directamente con el objeto social y los que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legales o convencionalmente derivadas de la existencia y actividad de la sociedad dentro de las limitaciones establecidas en este estatuto o en la ley.

atribuciones especificas del gerente general: Seran las siguientes: 1. Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la asamblea general y de la junta directiva. 2. Cuidar de la recaudacion e inversion de los fondos de la sociedad. 3. ORganizar adecuadamente los sistemas de computo, contabilidad y de pago de sueldos y de prestaciones legales. 4. ORientar y supervisar la contabilidad de la sociedad y la conservacion de sus archivos, asegurandose que los empleados subalternos, designados para tal efecto, desarrollen sus labores con arreglo a la ley y a la



**CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 10/01/2024 - 15:30:07  
**Recibo No.** S000771267, Valor 7900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXAc3**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

-----

tecnicamente. 5. Velar por el cumplimiento correcto y oportuno de todas las obligaciones de la sociedad en materia de impuestos. 6. Presentar a la junta directiva balances mensuales de prueba. 7. Presentar a la asamblea general un informe escrito sobre la forma como hubiere llevado a cabo su gestión, con indicación de las medidas cuya adopción recomiende. 8. Presentar a la asamblea general en unión de la junta directiva el inventario y el balance general, el detalle completo de pérdidas y ganancias, los demás estados financieros que la ley o la autoridad exija y el proyecto de distribución de utilidades. 9. Rendir cuentas de su gestión en la forma y oportunidades señaladas en la ley. 10. Nombrar el personal de empleados de la sociedad con excepción del revisor fiscal y sus auxiliares. 11. Velar porque los empleados de la sociedad cumplan sus deberes a cabalidad y removerlos y darles licencias cuando lo juzgue conveniente. 12. Convocar la asamblea general a su reunión ordinaria anual, dentro del término establecido en el estatuto social y convocar igualmente dicho órgano a sesiones extraordinarias. 13. Celebrar los actos y contratos comprendidos en el objeto social de la sociedad y que sean necesarios para que esta desarrolle sus fines, pero sometidos de manera previa a la aprobación de la asamblea general o de la junta directiva, los negocios sujetos a esta exigencia por norma legal o estipulación estatutaria. 14. Cumplir las demás funciones que le correspondan según la ley y el estatuto.

**NOMBRAMIENTOS**

**REPRESENTANTES LEGALES**

Por Acta No. 273 del 01 de agosto de 2007 de la Junta Directiva, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 13 de septiembre de 2007 con el No. 13781 del libro IX, se designó a:

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>
GERENTE	RAMIRO DEL CARMEN POSADA AGUDELO	C.C. No. 71.647.955

Por Acta No. 471 del 28 de abril de 2022 de la Junta Directiva, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 24 de junio de 2022 con el No. 60076 del libro IX, se designó a:

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>
PRESIDENTE	FRANK JOSE OSPINA MORALES	C.C. No. 19.336.927
VICEPRESIDENTE	GABRIEL DELGADO RESTREPO	C.C. No. 71.627.179

**JUNTA DIRECTIVA**

Por Acta No. 112 del 26 de marzo de 2022 de la Asamblea Ordinaria De Accionistas, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 03 de junio de 2022 con el No. 59768 del libro IX, se designó a:

**PRINCIPALES**

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA	RAFAEL ENRIQUE MEZA SAUCEDO	C.C. No. 8.243.548





CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 10/01/2024 - 15:30:07  
Recibo No. S000771267, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXA3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

REVISORIA FISCAL CROWE CO S.A.S. NIT No. 830.000.818-9

Por documento privado No. . del 01 de mayo de 2022 de la Firma Revisora Fiscal, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 03 de junio de 2022 con el No. 59770 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	SAMUEL SANDOVAL MUÑOZ ENTIDAD: 8300008189 - CROWE CO S.A.S.	C.C. No. 1.100.970.397	290502-T
REVISOR FISCAL SUPLENTE	JULIAN HERMINSUL GAVIRIA CASTILLO ENTIDAD: 8300008189 - CROWE CO S.A.S.	C.C. No. 16.941.338	158931-T

PODERES

Por Escritura Pública No. 3677 del 29 de noviembre de 2018 de la Notaria Segunda de RIONEGRO, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 05 de diciembre de 2018 con el No. 519 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a **JUAN RICARDO PRIETO PELAEZ identificado con CC. No. 71787721**, para que

Por Escritura Pública No. 3502 del 02 de octubre de 2019 de la Notaria Segunda Del Circulo de RIONEGRO, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 07 de octubre de 2019 con el No. 539 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a **JULY MARCELA GOMEZ SALAZAR identificado con CC. No. 1036926350**, para que

PODERES

gestiones del apoderado juan ricardo prieto pelaez, otorgadas mediante escritura pública numero 3.677, Del 29 de noviembre de 2018: A) representar judicial o extrajudicialmente a la sociedad medica rionegro somer S.A. B) absolver interrogatorios, confesar. C) recibir notificaciones de los actos y/o providencias dictados por cualquiera de las autoridades administrativas o judiciales de la republica de Colombia y/o del exterior y presente los recursos que considere pertinentes para la adecuada defensa de la sociedad. Se excluye de esta facultad, la de presentar y contestar demandas en nombre y representación del poderdante. D) conciliar y transigir, siempre y cuando cuente con la autorizacion expresa del poderdante. E) exigir, sustituir, renunciar a terminos, aportar, retirar, consultar y reconocer documentos en nombre del poderdante.

poder general: Que por escritura pública numero 3.502 Del 2 de octubre de 2019, otorgada en la notaria segunda de rionegro, inscrita en esta camara de comercio el 07 de octubre de 2019, bajo el numero 539 del libro v, se registro el poder general otorgado a la doctora july marcela gomez Salazar, identificada con la cedula de ciudadanía numero 1.036.926.350 Para que realice las



## CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO

### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 10/01/2024 - 15:30:08  
Recibo No. S000771267, Valor 7900

#### CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXAc3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

-----

siguientes actuaciones, diligencias y gestiones en nombre de la sociedad: A) representación: Para que represente la sociedad pórerdante en todos los procesos y actuaciones que inicie o en su contra se instauren ante cualquier jurisdicción, ordinaria o especializada, ante las autoridades administrativas o judiciales, personas o entidades de derecho público y privado, incluyendo en los procesos administrativos el ejercicio de todos los derechos y recursos de la vía gubernativa. La apoderada queda también facultada para representar la sociedad poderdante ante cualquier corporación, entidad, funcionario o empleado de la rama ejecutiva, legislativa o judicial y sus órganos vinculados o adscritos, o ante el ministerio público, así como entidades de derecho privado, presentar peticiones adelantar actuaciones, asistir a diligencias, ya sea que la sociedad poderdante actúe como demandante, como demandada o en calidad de tercero; de igual forma los apoderados quedan facultados para iniciar o seguir hasta su terminación los procesos, actuaciones y diligencias correspondientes de manera que se asuma la personería de la sociedad poderdante cuando se estime conveniente o sea necesario, de modo que en ningún momento esta carezca de representación. La apoderada queda facultada para recibir notificaciones en nombre y representación de la sociedad poderdante únicamente en procesos y actuaciones administrativas y judiciales. Las facultades que se confieren a la apoderada, son todas aquellas en que como parte actora y/u opositora, la sociedad poderdante tenga la necesidad de ejecutar en actuaciones o procesos, entre los cuales se comprenden los siguientes: Instaurar y responder demandas, proponer excepciones; absolver interrogatorios de parte, solicitar pruebas, intervenir en la práctica de estas; absolver interrogatorios de parte, interponer recursos, confesar, transigir, conciliar, desistir, reasumir, tachar documentos, recusar, etc. B) acciones de tutela: Para que en nombre y representación de la sociedad poderdante se notifique y de contestación a las acciones de tutela que se instauren contra ella, bien sea directamente o las que se le vincule por los jueces de tutela, quedando con la facultad de instituir apoderados especiales para cumplir con esta atribución y que ejerzan la representación judicial de la poderdante.

#### REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

##### DOCUMENTO

##### INSCRIPCIÓN

*) E.P. No. 2535 del 24 de noviembre de 1988 de la Notaria Unica De Rionegro	702 del 26 de noviembre de 1988 del libro IX
*) E.P. No. 2541 del 20 de diciembre de 1989 de la Notaria Unica De Rionegro	1369 del 24 de marzo de 1990 del libro IX
*) E.P. No. 2599 del 27 de diciembre de 1989 de la Notaria Unica De Rionegro	1370 del 24 de marzo de 1990 del libro IX
*) E.P. No. 238 del 02 de febrero de 1990 de la Notaria Unica De Rionegro	1380 del 29 de marzo de 1990 del libro IX
*) E.P. No. 1898 del 29 de agosto de 1990 de la Notaria Unica De Rionegro	1582 del 03 de septiembre de 1990 del libro IX
*) E.P. No. 2169 del 02 de octubre de 1990 de la Notaria	1629 del 06 de octubre de 1990 del libro IX



**CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO**  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 10/01/2024 - 15:30:08  
**Recibo No.** S000771267, Valor 7900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXAc3**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

Unica De Rionegro

\*) E.P. No. 1269 del 22 de mayo de 1991 de la Notaria Unica 1916 del 21 de junio de 1991 del libro IX De Rionegro

\*) Res. No. 510 del 06 de marzo de 1992 de la 2372 del 09 de abril de 1992 del libro IX Superintendencia De Sociedades

\*) Res. No. 711 del 10 de diciembre de 1992 de la 2740 del 19 de enero de 1993 del libro IX Superintendencia De Sociedades

\*) E.P. No. 2419 del 11 de junio de 1994 de la Notaria Unica 3431 del 08 de agosto de 1994 del libro IX De Rionegro

\*) E.P. No. 2419 del 11 de junio de 1994 de la Notaria Unica 3431 del 08 de agosto de 1994 del libro IX De Rionegro

\*) E.P. No. 3302 del 05 de agosto de 1994 de la Notaria 3432 del 08 de agosto de 1994 del libro IX Unica De Rionegro

\*) E.P. No. 1815 del 22 de junio de 1995 de la Notaria 1a. 3896 del 27 de julio de 1995 del libro IX De Rionegro

\*) E.P. No. 1815 del 22 de junio de 1995 de la Notaria 1a. 3896 del 27 de julio de 1995 del libro IX De Rionegro

\*) Acta No. 106 del 21 de diciembre de 1995 de la Junta 4151 del 21 de febrero de 1996 del libro IX Directiva

\*) D.P. del 09 de abril de 1997 de la Revisor Fiscal 4723 del 16 de abril de 1997 del libro IX

\*) E.P. No. 907 del 19 de mayo de 1998 de la Notaria 1a. De 5482 del 29 de mayo de 1998 del libro IX Rionegro

\*) E.P. No. 907 del 19 de mayo de 1998 de la Notaria 1a. De 5482 del 29 de mayo de 1998 del libro IX Rionegro

\*) E.P. No. 908 del 19 de mayo de 1998 de la Notaria 1a. De 5483 del 29 de mayo de 1998 del libro IX Rionegro

\*) D.P. del 29 de mayo de 1998 de la Comunicacion Del 5484 del 29 de mayo de 1998 del libro IX Revisor Fiscal

\*) E.P. No. 2222 del 30 de noviembre de 2000 de la Notaria 7149 del 05 de enero de 2001 del libro IX 21 De Medellin

\*) E.P. No. 370 del 27 de febrero de 2002 de la Notaria 7816 del 18 de marzo de 2002 del libro IX 21.de Medellin

\*) E.P. No. 304 del 24 de febrero de 2003 de la Notaria 21 8653 del 17 de marzo de 2003 del libro IX Rionegro

\*) E.P. No. 304 del 24 de febrero de 2003 de la Notaria 21 8654 del 17 de marzo de 2003 del libro IX Rionegro

\*) D.P. No. 304 del 10 de marzo de 2003 de la Revisor Fiscal 8655 del 17 de marzo de 2003 del libro IX

\*) D.P. No. 1 del 08 de marzo de 2006 de la Revisor Fiscal 11870 del 16 de marzo de 2006 del libro IX

\*) Aviso No. 1342 del 07 de julio de 2005 de la Notaria 21 11871 del 16 de marzo de 2006 del libro IX

\*) D.P. No. 1 del 19 de julio de 2006 de la Revisor Fiscal 12239 del 24 de julio de 2006 del libro IX

\*) E.P. No. 1846 del 16 de agosto de 2007 de la Notaria 13688 del 27 de agosto de 2007 del libro IX Segunda Rionegro

\*) Acta No. 81 del 27 de marzo de 2010 de la Asamblea De 18481 del 04 de agosto de 2010 del libro IX Accionistas

\*) D.P. No. 1 del 22 de septiembre de 2010 de la Revisor 18808 del 29 de septiembre de 2010 del libro IX Fiscal

\*) D.P. del 23 de diciembre de 2013 de la Revisor Fiscal 26936 del 26 de diciembre de 2013 del libro IX

\*) Aviso No. 4798 del 24 de diciembre de 2013 de la Notaria 26937 del 26 de diciembre de 2013 del libro IX 19

\*) E.P. No. 1950 del 18 de julio de 2017 de la Asamblea 38662 del 26 de julio de 2017 del libro IX Rionegro

\*) E.P. No. 328 del 03 de febrero de 2023 de la Notaria 63716 del 28 de febrero de 2023 del libro IX Rionegro

**RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**



**CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO**  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 10/01/2024 - 15:30:08  
**Recibo No.** S000771267, Valor 7900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXAc3**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

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 ORIENTE ANTIOQUEÑO, 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:** Q8610  
**Otras actividades Código CIIU:** Q8699 L6810

**ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS**

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

**ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO**

Nombre: CLINICA SOMER - SEDE CORDOBA  
Matrícula No.: 116230  
Fecha de Matrícula: 15 de noviembre de 2018  
Último año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento de Comercio  
Dirección : CL 45 50 A 06  
Municipio: Rionegro, Antioquia

Nombre: SEDE SOMER CITY MÉDICA  
Matrícula No.: 150387  
Fecha de Matrícula: 06 de enero de 2023  
Último año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento de Comercio  
Dirección : CR 55 A 35 227 PISO 4, LOCAL 411  
Municipio: Rionegro, Antioquia

Nombre: CLINICA SOMER SEDE JARDINES LLANOGRANDE  
Matrícula No.: 150390  
Fecha de Matrícula: 06 de enero de 2023  
Último año renovado: 2023



**CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 10/01/2024 - 15:30:08  
**Recibo No.** S000771267, Valor 7900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXAc3**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

Categoría: Establecimiento de Comercio  
Dirección : KM 8 VIA DON DIEGO LLANOGRADE VEREDA TRES PUERTAS RIONEGRO, PISO 2 Y 3  
Municipio: Rionegro, Antioquia

Nombre: SOMER - SEDE RIOPLAZA  
Matrícula No.: 158521  
Fecha de Matrícula: 28 de noviembre de 2023  
Último año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento de Comercio  
Dirección : CL 52 N 45 - 70 PISO 2 3 Y 4  
Municipio: Rionegro, Antioquia

Nombre: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SOMER  
Matrícula No.: 2682  
Fecha de Matrícula: 23 de diciembre de 1985  
Último año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento de Comercio  
Dirección : CL 38 CR 54A 35  
Municipio: Rionegro, Antioquia  
\*\* Embargo, medida cautelar o prohibición: Por Oficio No. 480 del 27 de septiembre de 2022 del Juzgado Primero Civil Del Circuito de Rionegro, inscrito en esta Cámara de Comercio el 28 de septiembre de 2022, con el No. 4976 del Libro VIII, se decretó INSCRIPCIÓN DE DEMANDA.

Nombre: UNIDAD AMBULATORIA CLÍNICA SOMER S.A.  
Matrícula No.: 86787  
Fecha de Matrícula: 13 de febrero de 2014  
Último año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento de Comercio  
Dirección : CALLE 47 NUMERO 76 - 3  
Municipio: Rionegro, Antioquia  
\*\* Embargo, medida cautelar o prohibición: Por Oficio No. 3321 del 05 de julio de 2016 del Juzgado 2 Civil Del Circuito de Medellín, inscrito en esta Cámara de Comercio el 11 de julio de 2016, con el No. 3343 del Libro VIII, se decretó INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA.

Nombre: PARQUEADERO CLINICA SOMER  
Matrícula No.: 97359  
Fecha de Matrícula: 16 de marzo de 2016  
Último año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento de Comercio  
Dirección : CL 38 NRO. 54A 35  
Municipio: Rionegro, Antioquia

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](http://WWW.RUES.ORG.CO).



## CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO

### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 10/01/2024 - 15:30:08  
Recibo No. S000771267, Valor 7900

#### CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXAc3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

#### 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 GRAN EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : \$249.019.318.583,00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8610.

#### CONTRATOS

Por documento privado del 17 de mayo de 2002 de la La Ciudad de Medellín, inscrito en esta Cámara de Comercio el 24 de mayo de 2002, con el No. 1147 del Libro XI, se inscribió CONSTITUCION DE PRENDA A FAVOR DE COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PR OFESIONALES DE COLOMBIA.

Por documento privado del 10 de julio de 2003 de Rionegro, inscrito en esta Cámara de Comercio el 15 de julio de 2003, con el No. 1192 del Libro XI, se inscribió ACLARACION CONTRATO DE PRENDA CON COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA.

#### CERTIFICA - PRENDAS

PRENDA. QUE SEGÚN DOCUMENTO PRIVADO DEL DÍA 17 DE MAYO DE 2002, FIRMADO Y AUTENTICADO POR LAS PARTES EN LA NOTARIA 21 DE MEDELLÍN INSCRITO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO DEL DÍA 24 DE MAYO DE 2002, BAJO EL NO.1,147 DEL LIBRO RESPECTIVO, FUE CONSTITUIDO UN CONTRATO DE PRENDA ABIERTA SIN TENENCIA DEL ACREEDOR, A FAVOR DE LA COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA, POR LA SUMA DE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE (\$1.957.445.575.00 MCTE ), SOBRE EQUIPO MÉDICOS DE PROPIEDAD DEL DEUDOR UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE RIONEGRO ANTIOQUIA), EN LA CALLE 38 NO. 54A 35, CON UNA VIGENCIA DE SESENTA (60) MESES. QUE SEGÚN DOCUMENTO DEL 09 DEL DIA 09 DE JULIO DE 2003, INSCRITO EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL DIA 15 DE JULIO DE 2003, BAJO EL NO.1.192 DEL LIBRO RESPECTIVO, SE REGISTRO LA ACLARACION DE PRENDA ABIERTA SIN LIMITE DE CUANTIA SIN TENENCIA POR PARTE DEL ACREEDOR POR DOCUMENTO DEL DIA 17 DE MAYO DE 2002 Y REGISTRADO EN ESTA MISMA CAMARA DE COMERCIO EL DIA 24 DE MAYO DE 2002, BAJO EL NO. 1.147 DEL LIBRO RESPECTIVO EN EL SENTIDO DE LOS BIENES MUEBLES DADOS EN PRENDA Y LA VIGENCIA DE LA MISMA QUE ES POR NOVENTA Y SEIS MESES (96).

#### CERTIFICAS ESPECIALES

Prohibicion: Los administradores, excepto los funcionarios que hagan parte de la Junta Directiva o Asamblea General de la sociedad, no podrán ni por si, ni por interpuesta persona, enajenar o adquirir acciones de la misma sociedad mientras esten en ejercicio de sus cargos, sino cuando se trate de operaciones ajenas a motivos de especulacion y con autorizacion de la Junta Directiva, otorgada con el voto favorable de las dos terceras partes de sus miembros, excluido el del solicitante o de la Asamblea General con el voto favorable de la mayoría ordinaria prevista en el estatuto, excluido el del solicitante.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su



**CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO**  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 10/01/2024 - 15:30:08  
Recibo No. S000771267, Valor 7900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 3QvX5CXA3**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51> 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 2024.

expedición.

**IMPORTANTE:** La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO 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.

**CAMILA ESCOBAR VARGAS**  
**PRESIDENTA EJECUTIVA**

---

\*\*\* FINAL DEL CERTIFICADO \*\*\*

---

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **1.077.475.693**  
**LEMOS ARIAS**  
 APELLIDOS  
**SUANNY KARINA**  
 NOMBRES  
*Suanny Karina Lemos*




FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-1997**  
**BAGADO**  
 (CHOCO)  
 LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.60** **A+** **F**  
 ESTATURA (M) SEXO  
 11-AGO-2018 QUITO  
 FECHA Y LUGAR DE EMISION *[Signature]*  
 MINISTERIO NACIONAL  
 DE INTERIORES Y JUSTICIA



NO. U. SERVIDOR  
 7-1301103-90145510-F-907418663-90160811 3340360366 1 4312776

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 25.290.684

ARIAS RODRIGUEZ

APELLIDO

YULENNY

CONGRESO

*Yuleenny Arias R.*

FIRMA



BIOMETRICO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1976

BAGADO

(CHICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

AB+

G. B. M.

F

SEXO

02-NOV-1986 BAGADO

FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION

*[Signature]*

SECRETARIA NACIONAL  
DE IDENTIFICACION



4-1730750-00186740-7-002629040-2309801

30-43762A 1 3071941

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.813.938

LEMOS CORDOBA

APELLIDOS

WILSON

NOMBRES

*Wilson Lemos Cordoba*

FIRMA



Escaneo en Colombia



FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1976

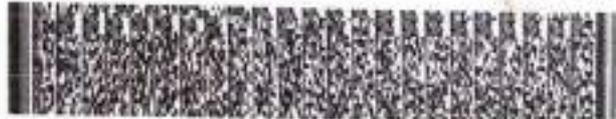
BAGADO  
(CIUDAD)

ESTATURA 1.72 G. B+ M

03-FEB-1987 BAGADO  
FECHA Y LUGAR DE EMISION

*[Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DORSAL



A-1790700-90145701 M-0004012630-70280116 00094088601 25280701

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número: 1-078-178.891  
 LEÑOS ARIAS

NOMBRE: WILSON ALEXANDER LEÑOS ARIAS  
 Apellido: LEÑOS ARIAS

Wilson Leños Arias




FECHA DE NACIMIENTO: 07-JUN-2005  
 BAGADO (CHOCO)  
 LUGAR DE NACIMIENTO:  
 1.80 B+ M  
 ESTATURA S.S. PP. Sexo  
 12-JUN-2005 BAGADO  
 FECHA Y LUGAR DE EMISIÓN



WILSON LEÑOS ARIAS



P-0787000187891AL-00817891-2008064 DT363-000101 00182016

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 Cedula de Ciudadania

Numero: 1.077.467.479  
 CORDOBA MOSQUERA

Apellido: YILMAR ALBERTO  
 Nombre:




182089C 1 00465000 02022 4 170720 0046500 0-1077467479-02022 200274



PERSONA Y TIPO DE EXPEDICION: *Yilmar Alberto Mosquera*  
 17-MAY-2013 QUIBDO  
 ESTADIA: O.S. M+ 2040  
 M B+ 1.83  
 LUGAR DE NACIMIENTO: BAGADO (CHOCO)  
 FECHA DE NACIMIENTO: 16-DIC-1994







Registro válido

Fecha de consulta:

01/12/2023

Ficha:

2707301451570000005

A4

**Pobreza extrema**

## DATOS PERSONALES

**Nombres:** SUANNY KARINA**Apellidos:** LEMOS ARIAS**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía**Número de documento:** 1077475693**Municipio:** Bagadó**Departamento:** Chocó

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:**

20/06/2019

**Última actualización ciudadano:**

20/06/2019

**Última actualización via registros administrativos:**

\*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

**Contacto Oficina SISBEN****Nombre administrador:**

JHAN HAROLD RENTERIA CORREA

**Dirección:**

Palacio Municipal

**Teléfono:**

3146930773

**Correo Electrónico:**

sisben@bagado-choco.gov.co



Registro válido

Fecha de consulta:

10/01/2024

Ficha:

2707301451570000005

**A4****Pobreza extrema****DATOS PERSONALES****Nombres:** WILSON**Apellidos:** LEMOS CORDOBA**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía**Número de documento:** 4813938**Municipio:** Bagadó**Departamento:** Chocó**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA****Encuesta vigente:**

20/06/2019

**Última actualización ciudadano:**

20/06/2019

**Última actualización via registros administrativos:**

\*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

**Contacto Oficina SISBEN****Nombre administrador:**

JHAN HAROLD RENTERIA CORREA

**Dirección:**

Palacio Municipal

**Teléfono:**

3146930773

**Correo Electrónico:**

sisben@bagado-choco.gov.co



Registro válido

Fecha de consulta:

10/01/2024

Ficha:

2707301451570000005

**A4****Pobreza extrema****DATOS PERSONALES****Nombres:** YULENNY**Apellidos:** ARIAS RODRIGUEZ**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía**Número de documento:** 26290684**Municipio:** Bagadó**Departamento:** Chocó**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA****Encuesta vigente:**

20/06/2019

**Última actualización ciudadano:**

20/06/2019

**Última actualización via registros administrativos:**

\*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

**Contacto Oficina SISBEN****Nombre administrador:**

JHAN HAROLD RENTERIA CORREA

**Dirección:**

Palacio Municipal

**Teléfono:**

3146930773

**Correo Electrónico:**

sisben@bagado-choco.gov.co



Registro válido

Fecha de consulta:

10/01/2024

Ficha:

2707301451570000005

A4

**Pobreza extrema**

## DATOS PERSONALES

**Nombres:** WILSON ALEXANDER**Apellidos:** LEMOS ARIAS**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía**Número de documento:** 1078178891**Municipio:** Bagadó**Departamento:** Chocó

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:**

20/06/2019

**Última actualización ciudadano:**

20/11/2023

**Última actualización via registros administrativos:**

\*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

**Contacto Oficina SISBEN****Nombre administrador:**

JHAN HAROLD RENTERIA CORREA

**Dirección:**

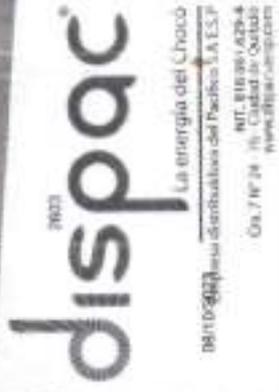
Palacio Municipal

**Teléfono:**

3146930773

**Correo Electrónico:**

sisben@bagado-choco.gov.co



**Datos Básicos**

Cuenta: 157878022  
Doc. equivalente: 18799257  
Nombre: JUAN CASTRO  
Dirección: EL PISAL MEDIANO  
Municipio: Quibdó  
Ubicación: Urbano  
Rubr: 878-678022-1900  
Estrato: 1 Bajo

Clase: 18  
Código: 18799257  
Módulo: 487  
Carga Contratada: 487  
Medidor: 07-102923  
Fecha Emisión: 07-10-2023  
Tipo Observación: 3  
Tarea anterior:

**Consumo de Energía**

Tránsito: 157878022  
Fecha Actual: 10/10/2023  
Fecha anterior: 05/08/2023  
Consumo: 18  
Tipo de Lectura: Con Lectura

Periodo de consumo: Septiembre de 2023  
Consumo: 18  
Consumo anterior: 06/10/2023

**Consumo de Energía**

Consumo: 18  
Consumo anterior: 06/10/2023

Valor: \$6.570  
Fecha Última Pago: 16/09/2023  
Fecha Límite de Pago: 17/10/2023

Valor: \$6.290  
Valor Mínimo a Pagar: \$6.290

**Calidad del Servicio SCL**

Transformador	Grupos								
Grupos de Calidad	45.04	41	41	41	41	41	41	41	41
Dif. 1	19.71	19.71	19.71	19.71	19.71	19.71	19.71	19.71	19.71
Fin	19.71	19.71	19.71	19.71	19.71	19.71	19.71	19.71	19.71

**Indicadores de Calidad**

Indicador	Valor	Unidad
Grupos de Calidad	45.04	%
Dif. 1	19.71	%
Fin	19.71	%

**Indicadores de Calidad**

Valor: \$6.290

AL DIA TELÉFONOS POR ESTAR AL DIA CON SU FACTURA\*  
Puntos Acumulados: 1

**Impuesto Alumbrado Público**

Municipio: Quibdó  
Periodo de consumo: Septiembre de 2023  
Convenio No.: 012009 ALCALDIA MUN. QUIBDO DISPAC

**Datos Básicos**

Cuenta: 157878022  
Doc. equivalente: 18799257  
Nombre: JUAN CASTRO

Valor: 4885  
Consumo SCL: 18

**Impuesto Alumbrado Público**

Fecha Última Pago Alumbrado público: 12/03/2013  
Fecha Límite de Pago: 17/10/2023

Valor último pago: \$4,665  
Periodo en Meses: 1

**Tariffas Alumbrado Público**

Grupos	Valor
RS-1	4885
Consumo SCL	173

**Deuda AP: \$173,073**



Registro válido

Fecha de consulta:

01/12/2023

Ficha:

27001068652900010679

A4

**Pobreza extrema**

## DATOS PERSONALES

**Nombres:** MARIA NELLY**Apellidos:** MOSQUERA CUESTA**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía**Número de documento:** 26290101**Municipio:** Quibdó**Departamento:** Chocó

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:**

14/11/2023

**Última actualización ciudadano:**

14/11/2023

**Última actualización via registros administrativos:**

\*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

**Contacto Oficina SISBEN****Nombre administrador:**

HENRY YAIR MENA PARRA

**Dirección:**

Carrera 6 No 37 - 14 Casa de la Justicia Barrio Huapango

**Teléfono:**

6714849 - 3206622150

**Correo Electrónico:**

sisben@quibdo-choco.gov.co

 <b>FUNDACIÓN</b> <b>TALENTOS DEL PACIFICO</b>	<b>FUNDACIÓN TALENTOS DEL PACIFICO</b>	
	<b>CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIO No. 24.922- 2022</b>	Página 1 de 8

Entre los suscritos a saber, **CARLOS ANTONIO NAVOYAN VENDE** mayor de edad, domiciliado en el municipio de **QUIBDÓ - CHOCÓ** identificado con cedula de ciudadanía No. 11.793.273 expedida en **QUIBDO**, actuando en nombre y representación legal de la Fundación Talentos del Pacífico con número de identificación tributaria (NIT) 901.152.586-4, quien para efectos del presente contrato se denominará el **CONTRATANTE** y, por otra parte, **SUANNY KARINA LEMOS ARIAS**, mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.077.475.693, expedida en Quibdó, y quien para efectos del presente documento se denominará el **CONTRATISTA**, hábiles para contratar y obligarse, manifestamos que mediante el presente instrumento, hemos acordado celebrar el presente contrato civil de prestación de servicios, regulado por las normas y disposiciones vigentes en la República de Colombia para este tipo de contrataciones y por las cláusulas que de común acuerdo establecen las partes que cuyo fin principal es "**ACOMPañAR A ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 14 A 28 AÑOS EN LA FORMULACIÓN DE PROYECTOS DE VIDA, A TRAVÉS DE PROCESOS DE FORMACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO BASADOS EN METODOLOGÍAS DISRUPTIVAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES DEL SIGLO XXI Y EL EJERCICIO DE LA CIUDADANÍA**". De conformidad con las directrices, disposiciones legales, lineamientos, estándares de calidad, enfoque diferencial y parámetros determinado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en adelante ICBF, así como regular las relaciones entre las partes derivadas de la entrega de aportes del ICBF, a la Entidad Administradora del Servicio, servicio que se prestará en la modalidad "**GENERACIONES SACUDETE**" en las unidades de atención de jurisdicción de la Regional del ICBF Chocó, conforme al contrato de aporte número. **27002142022**, suscrito entre la **FUNDACIÓN TALENTOS DEL PACIFICO** y el **ICBF REGIONAL CHOCÓ** del 17 de agosto de 2022 contrato de prestación de servicios que está contenido por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO**. El presente contrato tiene por objeto que el (a) Contratista, en su condición de trabajador independiente, se obliga para el contratante a ejecutar los trabajos y demás actividades propias del servicio contratado el cual debe realizar de conformidad a las condiciones y cláusulas contenida en el presente instrumento que mediante las cuales el contratista, se obliga a realizar dentro del cargo de **INSPIRADOR (A)**, las siguientes actividades u **OBLIGACIONES ESPECIFICAS**: Se regirán por la propuesta pedagógica presentada ante la Institución, comprometiéndose a cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio. Obligándose en general, a cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato a la luz de las disposiciones legales vigentes y en especial a: 1) Brindar el servicio objeto del presente contrato para **NOVENTA (90)** adolescentes y jóvenes del **MUNICIPIO DE BAGADÓ DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ**. 2) Realizar la búsqueda activa de adolescentes y jóvenes para su participación en el programa de acuerdo con los criterios de focalización poblacional en las zonas priorizadas. 3) Apoyar la sensibilización, inscripción y caracterización de la población objeto del Programa. 4) Apoyar la elaboración de los planes de trabajo, cronogramas, estrategias y horarios para la puesta en marcha de la fase Inspirate del Programa. 5) Apoyar el desarrollo de metodologías de apoyo a la fase Inspirate para la población objeto del Programa y ajustar sus módulos, contenidos, actividades y material de apoyo de acuerdo con las necesidades del territorio. 6) Realizar la implementación de la fase Inspirate (módulos pedagógicos talleres y experiencias) de acuerdo con los lineamientos establecidos. 7) Coordinar la entrega de refrigerios para las y los adolescentes y jóvenes que asisten a cada encuentro vivencial a su cargo. 8) Apoyar la logística de los diferentes encuentros que se realicen en el territorio. 9) Realizar y apoyar actividades de asesoría individual a las y los participantes

**NIT. 901152586-4**

**Cra. 83C # 38-29 / 3er Piso**

**Barrio Ciudadela Comfandi**

***fundaciontalentosdelpacifico@gmail.com***

 <b>FUNDACIÓN</b> <b>TALENTOS DEL PACIFICO</b>	<b>FUNDACIÓN TALENTOS DEL PACIFICO</b>	
	<b>CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIO No. 24.922- 2022</b>	Página 2 de 8

de acuerdo con los lineamientos establecidos. 10) Realizar contención emocional (primeros auxilios psicológicos) en caso de ser necesario por las y los participantes. 11) Garantizar la confidencialidad de la información relacionada con las experiencias de vida de las y los participantes que surjan en el desarrollo del proceso de atención. 12) Elaborar al cierre de cada sesión de trabajo un reporte de la asistencia y de las actividades desarrolladas. 13) Apoyar el desarrollo de estrategias y acciones permanentes para garantizar la permanencia de las y los participantes en el proceso formativo. 14) Apropiar mecanismos para medir la calidad de los servicios, el nivel de satisfacción de las y los usuarios y el desarrollo de las actividades. 15) Revisar, ajustar y garantizar de acuerdo con los lineamientos de la coordinación del proyecto la existencia de los documentos resultantes del proceso formativo por cada participante y remitirla para su respectivo cargue en el sistema de información establecido por el ICBF. 16) Apoyar la preparación de los informes de gestión y documentos técnicos en la periodicidad y puntualidad requerida por el ICBF. 17) Asistir y apoyar al Asesor Metodológico en el desarrollo de los encuentros con la comunidad de los grupos de trabajo a su cargo. 18) Diligenciar todos los formatos o plantillas que ha previsto el Programa. 18) Gestionar, articular y activar la oferta interinstitucional del territorio, para la garantía de los derechos de las y los adolescentes, jóvenes y el fortalecimiento familiar. 19) Asistir y participar a las reuniones programadas por la supervisión del contrato cuando sea convocado. 20) Desarrollar encuentros y/o espacios virtuales, encuentros telefónicos o esquemas de encuentros y seguimientos remotos con los adolescentes, jóvenes y sus familias. 21) socializar con la comunidad y participantes potenciales el lugar donde se realizarán los encuentros y demás actividades del programa, cuando la operación se de en espacios en espacios propios, teniendo en cuenta que sean espacios idóneos, con las condiciones de seguridad y salubridad requeridas para la atención. 22) apoyar la entrega de un paquete de refrigerios o refrigerio a cada uno de los participantes del programa. 23) Las demás que sean necesarias para cumplir con el objeto del contrato y para la implementación satisfactoria del Programa. 24) Participar en la elaboración de informes y entrega de productos requeridos de acuerdo a las obligaciones contractuales. 25) Cumplir con las especificaciones técnicas señaladas en los lineamientos técnicos y en el Manual Operativo del Programa. 26) Contar con disponibilidad de permanencia en las zonas priorizadas para la ejecución del programa. 27). Contar con disponibilidad de viajar a las diferentes zonas donde se ejecuta el Programa. 28). Atender las necesidades y eventualidades reportadas por los equipos de trabajos de manera oportuna. 29). Activar las rutas de gestión interinstitucional y social para la garantía y el restablecimiento de derechos de los beneficiarios del programa. 30). No ejercer ningún tipo de maltrato, ni acoso en contra de los niños, niñas y adolescentes, beneficiarios del programa o compañeros de trabajo. 31) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato. 32) cumplir con las políticas de seguridad, los procedimientos y políticas para el manejo de la información definidos por el I.C.B.F, los cuales se describen a continuación: a) **HABEAS DATA.** La entrega de la información de participantes del programa "Prevención de Riesgo Específico", permite el acceso a datos de carácter privado o reservado, protegido por el Derecho fundamental del Habeas Data establecidos en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia, por consiguientes todas las personas que intervienen en la generación, administración y manipulación de la información generada por el programa se obliga hacer uso de esta información de carácter privado o reservado con sujeción a las normas y disposiciones constitucionales y legales vigentes y a la Jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la materia. b) **USO DE LA INFORMACIÓN:** Todas las personas que intervienen en la generación, administración y

**NIT. 901152586-4**

**Cra. 83C # 38-29 / 3er Piso**

**Barrio Ciudadela Comfandi**

***fundaciontalentosdelpacifico@gmail.com***

 <b>FUNDACIÓN</b> <b>TALENTOS DEL PACIFICO</b>	<b>FUNDACIÓN TALENTOS DEL PACIFICO</b>	
	<b>CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIO No. 24.922- 2022</b>	Página 3 de 8

manipulación de la información generada por el programa, se comprometen a usarla exclusivamente para el propósito que fue señalado en su solicitud, por lo tanto, se comprometen a NO divulgarla o suministrar más allá de ello, a terceros, privados o públicos, la información que le sea suministrada.

c) **DISTRIBUCIÓN DE LA INFORMACIÓN:** Todas las personas que intervienen en la generación, administración y manipulación de la información generada por el programa tienen restringida la circulación y entrega de esta información a terceros, totalmente ajenos al ámbito propio en el cual se obtuvo. Dicha información deberá ser protegida con la debida reserva, custodia y conservación y solo podrá ser utilizada para los fines de Ley, por partes de las personas naturales y jurídicas que accedan a éstas. En ningún caso se podrá publicar en medios de comunicación, información personal de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en el programa.

33) Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad.

34) Utilizar productos, empaques y materiales amigables con el medio ambiente.

35) Presentar el concepto medico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato.

36) Entregar el compromiso de confidencialidad al contratante una vez se firme el contrato.

37) Dar el respectivo trámite, según formatos establecidos, a las peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias durante la ejecución del contrato.

38) Revisar actas, u otros documentos diligenciados por los profesionales de acuerdo a los talleres y actividades desarrolladas con los beneficiarios.

39). Rendir informes periódicos al representante legal.

40). entregar un cronograma de desplazamiento en el cumplimiento de sus actividades para el aval respectivo y el informe mensual de los mismos para los pagos correspondientes.

41). ejercer las demás funciones asignada por la autoridad competente de acuerdo al área del desempeño.

42). Presentar periódicamente al supervisor los recibos de pago de aporte al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensiones y riesgos profesionales).

43). devolver los bienes que le hayan sido entregados por el contratante y/o el ICBF Para el desarrollo del contrato, al finalizar el plazo de ejecución del mismo y durante la ejecución contractual, propender por su conservación y uso adecuado. No obstante, el CONTRATISTA deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará su servicio de manera independiente y autónoma. Salvo que por la naturaleza del contrato así se requiera.

44) cumplir con las demás instrucciones que les sean impartidas por el supervisor del contrato, que se deriven de la ley o el reglamento o tenga relación con la naturaleza del contrato.

45) Mantener al día cada una de las actividades que le fueron designadas concernientes al componente técnico según corresponda con el fin de evitar hallazgos durante las visitas de supervisión y/o asistencia técnica realizadas por el ICBF.

**PARÁGRAFO:** El contratista que no tenga al día las actividades que le correspondan y que por dicha omisión se genere un hallazgo y/o requerimiento por parte del ICBF al operador, será causal de terminación de contrato.

46) Entregar al supervisor y/o contratante, un informe detallado de las actividades realizadas mes a mes y el consolidado final.

47) Asistir y participar a todas las instancias y reuniones convocadas por el ICBF y La Fundación Talentos del Pacífico, así mismo como a la totalidad de las reuniones programadas por la supervisión del contrato.

48) Cumplir con las demás obligaciones necesarias e inherentes al perfil, cargo y/o función que se deriven de la naturaleza del contrato y para la implementación satisfactoria de la modalidad. La presente labor la realizará el contratista, conforme a los horarios pactados con el contratante, sin que exista subordinación a cumplir horarios distintos a los acordados, es decir que este no tiene ningún tipo de nexo laboral con Fundación Talentos del Pacífico.

**SEGUNDA- OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA.** El Contratista, deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los

**NIT. 901152586-4**

**Cra. 83C # 38-29 / 3er Piso**

**Barrio Ciudadela Comfandi**

***fundaciontalentosdelpacifico@gmail.com***

 <b>FUNDACIÓN</b> <b>TALENTOS DEL PACIFICO</b>	<b>FUNDACIÓN TALENTOS DEL PACIFICO</b>	
	<b>CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIO No. 24.922- 2022</b>	Página 4 de 8

trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen del acuerdo respecto a la naturaleza del servicio utilizando todos sus conocimientos e idoneidad en la ejecución del presente contrato, comprometiéndose a elaborar, tramitar y entregar los productos, diseños y actividades que hacen parte del presente contrato con calidad y oportunidad. 2) Devolver al contratante los documentos y archivos que en desarrollo del contrato se le hayan entregado, así como los bienes devolutivos que le fueron asignados para su custodia, cuando aplique. 3) En el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria, para los encuentros presenciales se debe implementar las medidas de bioseguridad para los participantes que se consideren pertinentes, también se debe procurar el desarrollo de las actividades al aire libre o en espacios cerrado con una buena ventilación y proponer realizar limpieza y desinfección antes de iniciar y finalizar actividades. 4) Cumplir con las demás recomendaciones que le sean impartidas por el supervisor del contrato que se deriven o tengan relación con la naturaleza de este. 5) Presentar los informes requeridos por el contratante para el seguimiento de las tareas encomendadas. Una vez finalice el objeto del contrato, el contratista deberá entregar al supervisor y/o contratante, un informe detallado de las actividades realizadas durante su ejecución; indicando los asuntos asignados, tramitados y pendientes por resolver, así como los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante la ejecución de este, los informes antes citados deben entregarse en una (1) copia de seguridad, que deberá reposar en las instalaciones del contratante. El contratista debe entregar inventariada al contratante, las carpetas y documentación que tenga a su cargo en virtud del desarrollo del objeto del presente contrato, entrega que deberá hacerse de acuerdo con los procedimientos establecidos por el contratante. 6) El contratista se compromete a cumplir con las normas y procedimientos sobre Salud Ocupacional. Si en el desarrollo del objeto contractual se realizan actividades de visitas y/o campo, el contratista, a sus expensas, deberá acudir a estos lugares con los implementos de seguridad mínimos requeridos, salvo que por la naturaleza del contrato así se requiera. 7) Velar por el buen uso de los bienes entregados por el supervisor contratante para realizar sus actividades, cuando aplique. 8) El contratista se compromete a mantener actualizados todos sus documentos en la Entidad, especialmente el registro único tributario (RUT). 9) Cumplir con el Código Ético y Manual de funciones de la Entidad Contratante. 10) Cumplir con las obligaciones contenidas en el artículo 18 del Decreto 0723 del 15 de abril de 2013, referente al examen médico ocupacional, cuando a ello haya lugar, el cual se deberá practicar a partir del perfeccionamiento del presente contrato y entregar el certificado respectivo que acredite dicho examen al operador (supervisor del contrato). 11) Reportar al contratante el número de cuenta bancaria de ahorro o corriente, donde se le ha de consignar el pago de honorarios derivado de la ejecución del presente contrato, a través de una certificación expedida por la entidad. 12) Mantener correctamente y actualizado el registro en cada uno de los sistemas de información del contratante en tiempo real y el que maneje el contratista en desarrollo de su actividad, cuando a ello hubiere lugar. 13) Toda información, diseños, formatos generados por el contratista son propiedad del Contratante y debe ser entregado una vez finalice el contrato. 14) El contratista deberá ejecutar el objeto del contrato con sus propios medios de producción tales como equipos de cómputo y demás cuando sea necesario, sin que sea obligación del contratante suministrar los mismos, salvo que por la naturaleza del contrato así se requiera. 15) Atender los requerimientos, instrucciones y/o recomendaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta el ICBF a través del supervisor de este, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. 16) cumplir con la política de buen trato para los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y actuar con

**NIT. 901152586-4**

**Cra. 83C # 38-29 / 3er Piso**

**Barrio Ciudadela Comfandi**

***fundaciontalentosdelpacifico@gmail.com***

 <b>FUNDACIÓN</b> <b>TALENTOS DEL PACIFICO</b>	<b>FUNDACIÓN TALENTOS DEL PACIFICO</b>	
	<b>CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIO No. 24.922- 2022</b>	Página 5 de 8

responsabilidad, eficiencia y transparencia. 17) Informar oportunamente cualquier anomalía o dificultad que advierta en el desarrollo del contrato y proponer alternativas de solución a las mismas. 18) Guardar estricta reserva sobre toda la información y documentos que tenga acceso, maneje en desarrollo de su actividad o que llegue a conocer en desarrollo del contrato. En consecuencia, se obliga al contratista a no divulgar por ningún medio dicha información o documentos a terceros, sin la previa autorización escrita del ICBF. Esta obligación permanecerá vigente aún después de la terminación por cualquier causa de la vinculación que tengan las partes. Por lo tanto, en caso de que el Contratante tenga prueba de esta omisión, el Contratista indemnizará los perjuicios que con tal hecho cause a él Contratante. No se considerará incumplida esta cláusula cuando la información o documentos deban ser revelados por mandato judicial y/o legal o cuando la información manejada tenga el carácter de pública. 19) Cumplir con las obligaciones a su cargo que se deriven de la naturaleza del contrato, y de las exigencias legales. **TERCERA-OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.** 1) Pagar al Contratista las sumas estipuladas en el contrato, en la oportunidad y forma allí establecida. 2) Facilitar el acceso a la información que sea necesaria de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato. 3) Vigilar, supervisar y/o controlar la ejecución idónea y oportuna del objeto del contrato. 4) Todas aquellas inherentes para el cumplimiento del objeto contractual. **CUARTA- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO.** El presente contrato tendrá un valor de **SIETE MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS (\$7.200.000) sujeto a lo designado y pagado por el ICBF al operador por la atención de cupos de beneficiarios prestado mes a mes.** Cuyos honorarios se cancelarán en cuatro (4) cuotas mensuales distribuidas de la siguiente manera:

Cuotas	Valor a pagar	Honorarios	Etapas	PERIODO
1	\$1.800.000	\$1.800.000	Alistamiento	17 de agosto al 17 de septiembre de 2022.
2	\$1.800.000	\$1.800.000	Atención	18 de septiembre al 17 de octubre de 2022.
3	\$1.800.000	\$1.800.000	Atención	18 de octubre al 17 de noviembre de 2022
4	\$1.800.000	\$1.800.000	Atención	18 de noviembre al 15 de diciembre de 2022

Una vez presentada la cuenta de cobro pertinente con sus respectivos anexos legales y previa certificación de cumplimiento de actividades a satisfacción expedida por el contratante y/o supervisor del contrato. por consiguiente, el contratista debe presentar el informe de actividades realizadas dentro de la vigencia y finalización del contrato, dinero que serán cancelados en: efectivo, previa solicitud por escrito y/o por consignación a cuenta Bancaria debidamente certificada, las partes establecen que los dineros que se desembolsen mensualmente se computarán como anticipos que serán descontados del valor total al momento de liquidar el contrato. Parágrafo primero: Para la realización de los pagos el contratista deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al sistema de seguridad social integral y caja de compensación familiar correspondiente al cuarenta por ciento (40%) del valor de los honorarios cuando corresponda. Parágrafo segundo: para la realización del pago referente a la conectividad y auxilios de transportes el contratista deberá acreditar la certificación del transporte y el consumo del plan de internet y

**NIT. 901152586-4**  
**Cra. 83C # 38-29 / 3er Piso**  
**Barrio Ciudadela Comfandi**  
**fundaciontalentosdelpacifico@gmail.com**

 <b>FUNDACIÓN</b> <b>TALENTOS DEL PACIFICO</b>	<b>FUNDACIÓN TALENTOS DEL PACIFICO</b>	
	<b>CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIO No. 24.922- 2022</b>	Página 6 de 8

minutos, los cuales deben estar soportado con facturas o documentos equivalentes, cuando corresponda o en caso de que aplique". **QUINTA- TERMINO DE DURACIÓN.** El plazo de ejecución del presente contrato de prestación de servicios inicia el 17 de agosto hasta el 15 de diciembre de 2022. **PARAGRAFO PRIMERO:** En el evento de existir interrupción del término del contrato por parte del contratista ya sea por renuncia irrevocable o circunstancias que impida la ejecución de las actividades contractuales éstas serán tenidas en cuenta por el contratante para la respectiva liquidación y pago de forma proporcional al número (porcentaje) de productos entregados por el contratista; así mismo los informes y documentos que soporten las actividades realizadas, previa certificación de cumplimiento de actividades expedida por parte del supervisor y/o contratante. **PARÁGRAFO SEGUNDO: PRORROGA.** Las partes acuerdan y dejan constancia que el presente contrato podrá prorrogarse de común acuerdo por las partes por un otro si al presente instrumentos, es decir que el presente contrato no se prorroga automáticamente. **SEXTA- LUGAR DE EJECUCIÓN.** El presente contrato de prestación de servicios se ejecutará en el **MUNICIPIO DE BAGADÓ DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ** y en el lugar distinto que le designe el supervisor. **SEPTIMA- EXCLUSION DE LA RELACION LABORAL, AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA.** En ningún caso el presente contrato de prestación de servicios generara subordinación, ni relación laboral y, por consiguiente, el Contratista no tiene derecho a reclamar al Contratante, ningún tipo de prestación social, de tal manera que la única retribución con motivo de este compromiso es el pago de los honorarios pactados. El Contratista actuara con total autonomía y responsabilidad en el cumplimiento de las obligaciones que adquiere por el presente contrato. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones que derivan del contrato. **OCTAVA- AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y ARL.** El Contratista se obliga a mantener al día el pago correspondiente a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones y ARL de acuerdo con las bases de cotización establecidas en las normas vigentes (artículo 15 de la Ley 100 de 1993), correspondiente al cuarenta por ciento (40%) del pago de los honorarios. El Contratista antes de iniciar la ejecución contractual deberá informar al Contratante la EPS y la AFP a los cuales se encuentre afiliado. **Parágrafo.** El Contratista se compromete antes de iniciar la ejecución de su contrato a afiliarse al Sistema General de Riesgos Laborales. (ARL) en el grado que entidad contratante determine. **NOVENA: SUPERVISIÓN.** El Contratante ejercerá la supervisión del contrato a través del Representante legal o la persona que este designe, quien tendrá a cargo las siguientes funciones: a) Colaborar con el Contratista para la correcta ejecución del objeto del contrato. b) Verificar que el Contratista cumpla las obligaciones previstas en el presente contrato. c) Determinar de acuerdo con los proceso y procedimientos, la oportunidad en que el Contratista debe realizar las actividades contratadas. d) En caso de incumplimiento por parte del Contratista de cualquiera de sus obligaciones contractuales, el Contratante podrá dar por terminado el presente contrato sin quedar obligado a cancelar el faltante del valor del contrato. e) Verificar la conformidad de los aportes mensuales sobre salud, pensiones y ARL efectuados por el Contratista. f) Expedir mensualmente certificado de cumplimiento de las obligaciones a cargo del Contratista. En el evento en que se observe algún tipo de inconsistencia sobre los aportes de seguridad social, el supervisor deberá adelantar las acciones a que haya lugar. **DÉCIMA- MODIFICACIONES AL CONTRATO.** Cualquier modificación o reforma al presente contrato deberá hacerse por escrito, firmado entre el contratante y el contratista independiente, requisito sin el cual, no producirá ningún efecto, el cual se anexará al contrato original y formará parte integral del mismo. **DÉCIMA PRIMERA: CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.** En caso de

**NIT. 901152586-4**

**Cra. 83C # 38-29 / 3er Piso**

**Barrio Ciudadela Comfandi**

***fundaciontalentosdelpacifico@gmail.com***

 <b>FUNDACIÓN</b> <b>TALENTOS DEL PACIFICO</b>	<b>FUNDACIÓN TALENTOS DEL PACIFICO</b>	
	<b>CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIO No. 24.922- 2022</b>	Página 7 de 8

declaratoria de incumplimiento, el contratista pagara al contratante a título de Clausula Penal Pecuniaria una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato de prestación de servicios con el simple requerimiento sin necesidad de declaratoria Judicial. **DÉCIMA SEGUNDA- CAUSALES DE TERMINACION DEL CONTRATO.** El presente contrato se puede terminar por: 1) Por mutuo acuerdo de las partes. 2) Cuando las condiciones contractuales o las circunstancias que dieron lugar al nacimiento del contrato desaparezcan o hayan variado sustancialmente de tal manera que su ejecución resulte imposible y/o inconveniente de conformidad con la justificación expedida por el Contratante. 3) Por decisión unilateral del Contratante en el caso de incumplimiento por parte del Contratista de cualquiera de las obligaciones comunes en el desarrollo de las actividades propias del mismo, es por eso que desde ya las partes renuncian a cualquier tipo de indemnización y cualquier controversia que se presente durante la ejecución del contrato será dirimida por la justicia civil. 4) Por la inclusión del Contratista y/o algún miembro de su personal en cualquier actividad ilícita. 5) Por vencimiento del plazo contractual. 6) Por las demás establecidas en la ley. **DÉCIMA TERCERA- SUSPENSION DEL CONTRATO.** El plazo para la ejecución del contrato podrá suspenderse por acuerdo de las partes o cuando ocurran hechos o circunstancias constitutivas de una situación de fuerza mayor o caso fortuito que impidan el cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes de este contrato, Por suspensión unilateral del contrato de aportes suscrito entre el ICBF y Por receso que este estipulado en el contrato de aportes conforme a los lineamientos establecidos por el ICBF. Una vez cesen las causas de la suspensión se dejará constancia de este hecho y del reinicio de los plazos contractuales a que haya lugar. **DÉCIMA CUARTA- CESION.** El contratista no podrá ceder parcial ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente contrato de prestación de servicios sin la autorización previa y escrita del contratante. En todo caso, el contratante verificara que la idoneidad y experiencia del (la) cesionario (a) sea igual o superior al del contratista. **DÉCIMA QUINTA- CONFIDENCIALIDAD.** El Contratista se compromete a guardar estricta confidencialidad respecto de toda la información y datos personales que conozca y se le entregue con ocasión de la ejecución del contrato, y por ende este no podrá realizar su publicación, divulgación y utilización para fines propios o de terceros no autorizados. La información que le sea entregada o a la que tenga acceso el contratista en desarrollo y ejecución del presente contrato, gozan de confidencialidad y, por tanto, solo podrá ser usada con fines inherentes a su actividad en desarrollo del contrato. La protección es INDEFINIDA, por lo que no se podrá hacer uso de ella ni durante la ejecución de contrato ni una vez finalizado. **DÉCIMA SEXTA- DE LO AMBIENTAL.** Es obligación del Contratista divulgar y aplicar la política ambiental, seguridad y salud ocupacional establecida por el Contratante, al ejecutar sus actividades o servicios sin crear riesgo para la salud, la seguridad o el ambiente. El Contratista deberá tomar todas las medidas conducentes a evitar la contaminación ambiental, la prevención de riesgos durante la ejecución de sus actividades y cumplirá con todas las leyes ambientales, de seguridad y salud ocupacional aplicables. El Contratista no dejara sustancias o materiales nocivos para la flora, fauna o salud humana, ni contaminara la atmosfera, el suelo o los cuerpos del agua. La violación de estas normas se considerará incumplimiento grave del contrato, el contratante podrá aplicar Multa equivalentes a doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin perjuicio de las demás acciones legales o sanciones que adelante la autoridad o ente competente. **DÉCIMA SEPTIMA-REGIMEN LEGAL Y JURISDICCION.** El presente contrato está sometido en un todo a la legislación colombiana y se regirá por las normas civiles y comerciales. **DÉCIMA OCTAVA- CONTROVERSIA CONTRACTUALES.** Las Partes buscaran solucionar en forma ágil, rápida y directa las diferencias y

**NIT. 901152586-4**

**Cra. 83C # 38-29 / 3er Piso**

**Barrio Ciudadela Comfandi**

***fundaciontalentosdelpacifico@gmail.com***

	<b>FUNDACIÓN TALENTOS DEL PACIFICO</b>	
	<b>CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIO No. 24.922- 2022</b>	Página 8 de 8

discrepancias surgidas de la actividad contractual, de no ser posible las controversias se solucionarán ante el centro de conciliación o tribunal que la parte solicitante considere. **DECIMA NOVENA- PROPIEDAD DE LA INFORMACIÓN.** Las partes acuerdan que los documentos, material audiovisual, escrito o gráfico o cualquier otro similar que surjan en desarrollo del presente contrato será propiedad del I.C.B.F y contratante, acorde a lo consagrado en el artículo 20 de la Ley 23 de 1982 (modificado por el artículo 28 de la Ley 1450 de 2011). **VIGÉSIMA-: NOTIFICACIONES.** Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones serán recibidos por el Contratante en la carrera 83C # 38 - 29 Barrio Ciudadela Comfandi de la Ciudad de Cali y por el Contratista en el municipio de Bagadó. **VIGÉSIMA PRIMERA- VIGENCIA.** El presente contrato se considera vigente una vez perfeccionado y hasta el momento de su terminación. **VIGESIMA SEGUNDA- DOMICILIO.** Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual la ciudad de Santiago de Cali.

Para constancia las partes suscriben el presente instrumentos en dos (2) ejemplares y en presencia de un (1) testigo, en la ciudad de Bagadó, a los diecisiete (17) días del mes de agosto de 2022.



**CONTRATANTE**  
Fundación Talentos del Pacífico  
**CARLOS ANTONIO NAVOYAN**  
Representante Legal  
C.C.11.793.273deQuibdó

**Suanny Karina Lemos A.**  
**CONTRATISTA**  
**SUANNY KARINA LEMOS ARIAS**  
CC No. 1.077.475.693 de Quibdó

Proyectó: Betty Arias Rentería

---

**NIT. 901152586-4**  
**Cra. 83C # 38-29 / 3er Piso**  
**Barrio Ciudadela Comfandi**  
**fundaciontalentosdelpacifico@gmail.com**

**DECLARACIÓN JURAMENTADA.**

**Nro. 1227**

En la ciudad de Quibdó, a los **Quince (15)** días del mes de Junio de 2023, estando en el despacho de la Notaría Primera del Circulo de Quibdó, el Doctor **JORGE IVAN RIOS VALENCIA** Notario Primero del circulo de Quibdó, se presentaron, **JHERSON CUESTA CORDOBA**, Identificado con la C.C. No. **1.077.461.374** expedida en Quibdó y **CARLOS ALBERTO VALOYES ORTIZ**, quien se identificó con la C.C. Nro. **1.010.052.944** expedida en Quibdó, con el fin de rendir declaración que solicita, de conformidad con el Decreto 1557 de 1989 en armonía con el artículo 188 del código General del proceso, prometió decir la verdad y nada más que la verdad de todo cuanto le consta y tenga conocimiento.- Exhortado sobre sus condiciones civiles **EXPRESARON**.-Nuestros nombres son como ya está dicho, mayores de Edad, Naturales de **Bagadó-Chocó/Quibdó(Chocó)**, de estado **Civil Soltero/Unión Libre**, de **Ocupación: Auxiliar de Ventas**, residenciados en esta ciudad en barrio Medrano/Las Margaritas Teléfono: 3117174532-3147925310, respectivamente. **EXPRESAMOS BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE**, conocemos de vista trato y comunicación a los señores **YILMAR ALBERTO CORDOBA MOSQUERA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.077.467.479 de Bagadó y **SUANNY KARINA LEMOS ARIAS** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.077.475.693 de Quibdó y por el conocimiento que tenemos de ellos, sabemos y nos consta, que desde el 17 de Marzo de 2017 hasta la fecha conviven en unión libre de forma permanente, continúa e ininterrumpida; bajo el mismo techo, lecho y domicilio.

**Constancia Notarial**

El suscrito Notario informa al declarante que en todos los trámites ante Autoridad Administrativa o de cualquier índole se suprimieron como requisito las Declaraciones Extra-judiciales ante Notario. Bastaría la afirmación bajo la gravedad del Juramento que haga el particular ante la Autoridad (Artículo 7 decreto 029 de 2012), corregido por el decreto 053 de enero de 2012.

**\*\*\*\*\*IMPORTANTE\*\*\*\*\***

**LEA BIEN SU DECLARACIÓN UNA VEZ RETIRADA DE LA NOTARIA NO SE ACEPTA RECLAMOS NI CORRECCIONES SOBRE EL TEXTO.**

No siendo otro el motivo de la presente diligencia se da por terminada y se firma como aparece.



MinJusticia  
Ministerio de Justicia  
Calle Comercio

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Notaría1 de Quibdó-Chocó  
Notario Jorge Iván Ríos Valencia  
Dirección: Carrera 7° No. 24-34  
Teléfonos: (0614)6715024  
Email: primeraquibdo@supernotariado.gov.co

Declarantes,

*Jherson Cuesta Cordoba*  
**JHERSON CUESTA CORDOBA**  
C.C. No. 1.077.461.374 expedida en Quibdó

*Carlos Alberto Valoyes Ortiz*  
**CARLOS ALBERTO VALOYES ORTIZ**  
C.C. No. 1.010.052.944 expedida en Quibdó

El notario,



**JORGE IVAN RIOS VALENCIA**

Notario Primero del Circulo de Quibdó

Derechos notariales: declaración Juramentada \$ 16.500— IVA \$3.135 ---19.638



Ministerio de Justicia

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Notaría 1 de Quibdó-Chocó  
Notario Jorge Iván Ríos Valencia  
Dirección: Carrera 7° No. 24-34  
Teléfonos: (0614)6715024  
Email: primeraquibdo@supernotariado.gov.co



NIP

① Parte básica	② Parte compl.
97 08 09	00213

D U P L I C A D O P A R A E L S E R V I C I O N A C I O N A L D E I N S C R I P C I O N

① INDICATIVO SERIAL	27719715			SECCION GENERAL
OFICINA DE REGISTRO CIVIL	① Consulado, notaría, Registraduría del Estado Civil, Inspección, corregimiento <b>REGISTRADURIA MUNICIPAL</b>	② Departamento, municipio, Inspección, corregimiento <b>CHOCO BAGADO</b>	③ Código <b>3330</b>	
DATOS DEL INSCRITO	④ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)			
	Primer apellido <b>LEMOS</b>	Segundo apellido <b>ARIAS</b>	Nombre(s) <b>SUANNY KARINA</b>	
	⑤ SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>		⑥ FECHA DE NACIMIENTO Año <b>1997</b> Mes <b>08</b> Día <b>09</b>	
⑦ LUGAR DE NACIMIENTO				
País <b>COLOMBIA</b>		Departamento <b>CHOCO</b>	Municipio <b>BAGADO</b>	Inspección o corregimiento <b>BAGADO</b>

DATOS DEL NACIMIENTO	⑧ Organismo de sujeción o dirección en la casa donde ocurrió el nacimiento			⑨ Hora	Miércoles <input type="checkbox"/>	⑩ Tipo sangüneo
	<b>CASA DE HABITACION BAGADO CHOCO</b>			AM <input checked="" type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	Grupo R.H.
⑪ Documento anexo presentado (partido de nacimiento, número, documento médico, acta religiosa)		⑫ Nombre de quien expide el certificado		⑬ N.º de registro o libro profesional		
<b>CONSTANCIA MEDICA XXXXXXXXXX SILVIA CRISTINA ALFONSO B.</b>						

DATOS DE LOS PADRES DEL INSCRITO	⑭ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (apellidos de sufre)			⑮ Edad al momento del parto	
	Primer apellido <b>ARIAS</b>	Segundo apellido <b>RODRIGUEZ</b>	Nombre(s) <b>YULENNY</b>	<b>20</b> Años	
	⑯ Documento de identificación (clase y número)		⑰ Nacionalidad	⑱ Dirección domicilio	
	<b>26.290.684 BAGADO</b>		<b>COLOMBIANA</b>	<b>B/ LA CANDELARIA</b>	
⑲ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL PADRE			⑳ Edad al momento del nacimiento		
Primer apellido <b>LEMOS</b>	Segundo apellido <b>CORDOBA</b>	Nombre(s) <b>WILSON</b>	<b>11</b> Años		
㉑ Documento de identificación (clase y número)		㉒ Nacionalidad	㉓ Dirección domicilio		
<b>4.813.938 BAGADO</b>		<b>COLOMBIANO</b>	<b>B/ VILLA NUEVA</b>		

DATOS DECLARANTE	Apellido(s) y nombre(s) <b>LEMOS CORDOBA WILSON</b>	Domicilio (dirección o municipio) <b>B/ VILLA NUEVA</b>
	Documento de identificación (clase y N.º) <b>4.813.938 BAGADO</b>	Firma <i>+ Wilson Lemos Cordoba</i>
DATOS TESTIGO	Apellido(s) y nombre(s)	Domicilio (dirección o municipio)
	Documento de identificación (clase y N.º)	Firma
DATOS TESTIGO	Apellido(s) y nombre(s)	Domicilio (dirección o municipio)
	Documento de identificación (clase y N.º)	Firma

FECHA DE INSCRIPCIÓN	Año <b>1997</b> Mes <b>09</b> Día <b>04</b>	Nombre y firma del funcionario que autoriza a registrar <i>Nancy Moreno Palacios</i> <b>NANCY MORENO PALACIOS</b>
----------------------	---	---

INDICATIVO SERIAL	27719715		CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	
NIP		① Parte básica	② Parte compl.	Tipo sangüneo
97 09 09				Grupo R.H.
Apellido(s)	<b>LEMOS ARIAS</b>		Sexo	Identificado <input type="checkbox"/>
Nombre(s)	<b>SUANNY KARINA</b>		Femenino <input type="checkbox"/>	
Lugar de nacimiento	<b>BAGADO CHOCO</b>			
Fecha de nacimiento	<b>97 08 09</b>			
Oficina de registro	<b>REMUNICIPAL BAGADO</b>			
Fecha de inscripción	<b>04 DE SEPT 797</b>			
Nombre del funcionario	<b>NANCY MORENO PALACIOS</b>			
Firma funcionario	<i>Nancy Moreno</i>			
		ARTICULO 8º. Decreto 187371 este certificado tendrá el carácter de documento de identidad para menores de siete (7) años y no podrá ser retenido por ninguna persona o autoridad		Huella digital
				Índice derecho

**RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL**

Para efectos de la Ley 25 de 1956 reconocido a persona a la cual se refiere este acto como hijo extramatrimonial, en este documento firmo, a los 1 días del mes de Ma

Firma del padre <u>Wilson Lemos Cordoba</u> N.º y clase de documento de identificación CEDULA DE CIUDADANIA 4.813.938 Nombre completo del padre WILSON LEMOS CORDOBA Dirección residencia B/ LA CANDELARIA	Firma de la madre <u>Yulenny Arias Rodriguez</u> N.º y clase de documento de identificación CEDULA DE CIUDADANIA 26.290.684 Nombre completo de la madre YULENNY ARIAS RODRIGUEZ Dirección residencia B/ VILLA NUEVA BAGADO
---	---

Nombre y Cargo del Registrante: NANCY MORENO PALACIOS

NOTAS

	HUELLAS DIGITALES CLAVE INDICE DERECHO CLAVE INDICE IZQUIERDO
--	---

OBSERVACIONES: las huellas plantares, casilla 36, se tomarán únicamente a infantes menores de un año. Las huellas digitales, casilla 35, deben tomarse a todos los inscriptos, exceptuando los menores de un mes que presenten dificultades técnicas para dicha toma (Decreto 1873 de 1971, Artículo 2º)

HUELLAS PLANTARES

CLAVE PIE IZQUIERDO	CLAVE PIE DERECHO
	
 339630012	



**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **36739934**

NUIP **1078178891**



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Legislación <input checked="" type="checkbox"/>	Nómina <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Credencial <input type="checkbox"/>	Comprobante <input type="checkbox"/>	Instituto de Policía <input type="checkbox"/>	Código <input type="checkbox"/>	K	S	L
---	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------	---	---	---

País: **COLOMBIA** Municipio: **CHICO** Sección: **BAGADO**

Datos del nacido

Nombre: **LENGO** Apellido: **ARIAS**

Nombre completo: **WILSON ALEXANDER**

Fecha de nacimiento: Año **2005** Mes **JUN** Día **07** Sexo: **MASCULINO**

Lugar de nacimiento: País: **COLOMBIA** Municipio: **CHICO** Sección: **BAGADO**

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número control civil de nacido vivo: **A 5600530**

Datos de la madre

Nombre: **ARIAS RODRIGUEZ YULENNY**

C.C. No **26.290.684 de Bogotá** Nacionalidad: **COLOMBIANA**

Datos del padre

Nombre: **LENGO CORDOBA WILSON**

C.C. No **4.813.938 de Bogotá** Nacionalidad: **COLOMBIANA**

Datos del declarante

Nombre: **LENGO CORDOBA WILSON**

C.C. No **4.813.938 de Bogotá**

Datos primer testigo

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

Datos segundo testigo

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

Fecha de inscripción: Año **2005** Mes **JUN** Día **21**

Nombre y firma del funcionario que autoriza: **VICTOR GABRIEL ACOSTA MOSQUERA**

Reconocimiento por foto: **Wilson Lengua Cordoba**

Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento: **VICTOR GABRIEL ACOSTA MOSQUERA**

ESPACIO PARA NOTAS

PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

OBSERVACIONES: Las huellas plantares, se tomarán únicamente a los inscritos menores de un año, las huellas digitales, deben tomarse a todos los inscritos, exceptuando los menores de un mes que presentan dificultades técnicas para dicha toma (Decreto 1873 de 1977, artículo 2o.)

HUELLAS PLANTARES	
PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO
	

HUELLAS DIGITALES	
PIES IZQUIERDO	PIES DERECHO





REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

23642894

1	Parte básica	2	Parte compl.
941216			

3	Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.)	4	Municipio y Departamento	5	Código
REGISTRADURIA MUNICIPAL		BAGADO-CHOCO		3390	

SECCION GENERAL						
6	Primer apellido	7	Segundo apellido	8		Nombre
CORDOBA		MOSQUERA		YILMAR ALBERTO		
9	SEXO	10		11	12	
Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO		10	11	12
		26		DICIEMBRE		1994
13	País	14	Departamento	15		Municipio
COLOMBIA		BAGADO		BAGADO		

SECCION ESPECIFICA					
18					17
CASA DE HABITACION DE BAGADO-CHOCO					5 p.m.
18		19		20	
TESTIGOS		Nombre del profesional que certifica el nacimiento		No. licencia	
21		22		23	
MADRE		Nombres		Edad	
MOSQUERA CUESTA		MARIA-NELLY		39	
24		25		26	
Identificación (clase y número)		Nacionalidad		Profesión u oficio	
C.C. 26.290.101 DE BAGADO-CHOCO		COLOMBIANA		HOGAR	
27		28		29	
PADRE		Nombres		Edad	
CORDOBA MATURANA		FRANCISCO ENRIQUE		38	
30		31		32	
Identificación (clase y número)		Nacionalidad		Profesión u oficio	
C.C. 4.802.491 DE LLORO		COLOMBIANO		AGRICULTOR	

33		34	
DENUNCIANTE		Firma (autógrafo)	
C.C. 4.802.491 DE LLORO		FRANCISCO ENRIQUE CORDOBA MATURANA	
35		36	
Dirección postal y Municipio		Nombre	
B/ E STEVEN ZAPATA		FRANCISCO ENRIQUE CORDOBA MATURANA	

37		38	
TESTIGO		Firma (autógrafo)	
C.C. 26.256.770 de Quibdó		IRMA RODRIGUEZ DE RENTERIA	
39		40	
Domicilio (Municipio)		Nombre	
B/ LA CADELARIA		IRMA RODRIGUEZ DE RENTERIA	

41		42	
TESTIGO		Firma (autógrafo)	
C.C. 4.813.311 DE BAGADO-CHOCO		ELENA MATEANA BARRIO	
43		44	
Domicilio (Municipio)		Nombre	
B/ San Francisco		ELENA MATEANA BARRIO	

FECHA DE INSCRIPCIÓN			
45	46	47	48
Día	Mes	Año	
20	DICIEMBRE	1995	

DUPLICADO PARA EL SERVICIO NACIONAL DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO CIVIL

FORMA DANE # 10 - 0 XII/82

INFORMACION ESTADISTICA CONFIDENCIAL

<p>51</p> <p>¿Cuántos hijos nacieron vivos (incluye los nacidos muertos)?</p> <p>Hombres... <input type="checkbox"/></p> <p>Mujeres... <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántos hijos nacieron muertos?</p> <p>Hombres... <input type="checkbox"/></p> <p>Mujeres... <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántos hijos nacieron vivos y muertos?</p> <p>Hombres... <input type="checkbox"/></p> <p>Mujeres... <input type="checkbox"/></p>	<p>52</p> <p>¿En qué zona de nacimiento del nacido?</p> <p>Urbana... <input type="checkbox"/></p> <p>Rural... <input type="checkbox"/></p> <p>¿En qué zona de residencia de la madre?</p> <p>Urbana... <input type="checkbox"/></p> <p>Rural... <input type="checkbox"/></p> <p>53</p> <p>Lugar de residencia del nacido</p> <p>54</p> <p>Departamento</p> <p>55</p> <p>Municipio</p>	<p>56</p> <p>¿Si se le registró como hijo de los esposos (padres) durante este año, diligencie la cédula 57.</p> <p>57</p> <p>Si se le registró como hijo de los esposos (padres) durante este año, o no se sabe cómo la cédula 57, diligencie las cédulas 58 y 59 en la hoja de fondo.</p> <p>58</p> <p>Si se está registrando a un hijo de la madre soltera o de la madre casada, diligencie la cédula 59.</p>	<p>59</p> <p>SEXUALIDAD</p> <p>¿Cuántos hijos nacieron vivos y muertos?</p> <p>HOMBRES MUJERES</p> <p>¿Cuántos hijos nacieron vivos y muertos?</p> <p>HOMBRES MUJERES</p> <p>¿En qué fecha nació el niño nacido?</p>
---	---	--	--

**RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL**

(59) Para efecto del artículo primero de la Ley 75 de 1968 reconozco a la persona a quien se refiere esta acta como hijo extramatrimonial, en cuya constancia figura a los 02 días del mes de Dic. de 1996.

Firma del Padre  
 Nro. Documento de Identidad  
**C.C. 4.802.491 DE LLORO**

Firma de la Madre  
 Nro. Documento de Identidad

Nombre completo del Padre  
**FRANCISCO ENRIQUE CORDOBA MAURAMBA**

Nombre completo de la Madre

Dirección residencia  
**B/ ESTEVAN ZAPATA**

Dirección res donda

Nombre del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

(60) Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento



(61) NOTAS

IDENTIFICACION DEL INSCRITO

HUELLAS DIGITALES	CLAVE	
	CLAVE	

OBSERVACIONES: Las huellas plantares, casilla 62, se tomarán únicamente a inscritos menores de un año. Las huellas digitales, casilla 63, deben tomarse a todos los inscritos, exceptuando los menores de un mes que presenten dificultades técnicas para dicha toma. (Decreto 1073 de 1971, artículo 7o.)

(62) HUELLAS PLANTARES

CLAVE	CLAVE
PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO



Protegida,

**IPS SALUD PROTEGIDA EU - BAGADO**  
codigo de habilitacion 270730063603 nit: 900037648-1  
Dir. CALLE 15 No 8-50 BARRIO NIÑO JESUS Tel. 314272907.

**EVOLUCION:**

Nº: 118062  
Fecha:  
Justificación:  
No historia:  
Empresa:  
Regimen:  
0000 EMBARAZO ABDOMINAL

LEMON ARIAS SJANNY KARINA  
CC1077475693  
1077475693  
COMFACIOCO EPS C.

e.civil: Otro  
edad: 25 Años 3 Meses  
sexo: Femenino  
fec. naci: 09/08/1997

No Admision: 0  
FECHA ATENCION: 01/12/2022 07:09 a. m.

Telefono: 3207780807  
Municipio: BAGADÓ  
Direccion: LA CANDELARIA

*Yenny Magali Cuero*

profesional: CUERO CUERO YENNY MAGALI  
especialidad: MEDICINA GENERAL  
registro: 1144159159

**IPS SALUD PROTEGIDA EU - BAGADO**  
codigo de habilitacion 270730063603 nit: 900037648-1  
Dir. CALLE 15 No 8-50 BARRIO NIÑO JESUS Tel. 314272907.

**EVOLUCION:**

No Admision: 0

FECHA ATENCION: 01/12/2022 07:09 a.m

e.civil: Otro  
edad: 25 Años 3 Meses  
SEXO: Femenino  
fec. nac.: 09/08/1997

Telefono: 3207780807  
Municipio: BAGADO  
Direccion: LA CANDELARIA

LEMONS ARIAS SUANNY KARINA  
CCI077475693  
1077475693  
COMFACHOCO EPS C.

**DATOS DEL ACOMPAÑANTE:**

NOMBRE: ARIAS RODRIGUEZ YULENNY  
TELEFONO: 3207780807

DIRECCION: LA CANDELARIA  
PARENTESCO: MADRE

**EVOLUCION:**

PACIENTE 25 CON DIAGNÓSTICOS DE:  
- EMBARAZO ABDOMINAL  
- GASTRITIS CRÓNICA EXACERVADA  
- HIPEREMESIS GRAVIDICA

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, PERSISTENCIA DE DOLOR EN EPIGASTRIO, NAUSEAS, MÚLTIPLES EPISODIOS EMETICO, ANOREXIA, INSOMNIO, NIEGA FIEBRE, SINTOMA RESPIRATORIOS U URINARIO.

PACIENTE PRIMIGESTANTE DE 6 SEMANAS. AHORA EN CONTEXTO DE GASTRITIS CRÓNICA EXACERVADA Y HIPEREMESIS GRAVIDICA DE DIFÍCIL CONTROL QUE NO PERMITE LA CORRECTA ALIMENTACION. PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIGNOS CLINICOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN ABDOMEN AGUDO, AL EXAMEN FISICO LO DESCRITO, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO. SE DECIDE CONTINUAR EN OBSERVACIÓN Y MANEJO YA ESTABLECIDO ADEMÁS VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA PRIORITARIA PARA CONTROL POR NO CLARIDA EN ORIGEN ETIOLOGICO DE CUADRO. SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**REVISION POR SISTEMA**

buenas condiciones generales; lo descrito en enfermedad actual

CABEZA: . . . . . normocefalo  
OJOS: . . . . . pupilas isocoricas, normorreactivas a la luz.  
NARIZ: . . . . . naris permeables, sin obstruccion ni rinorrea  
OIDOS: . . . . . permeable, membrana timpanica con reflejo luminoso normal, no se evidencia eritema ni lesion a nivel del conducto auditivo.  
OROFARINGE: . . . . . mucosa oral humeda, dentadura completa sin alteraciones.  
CUELLO: . . . . . simetrico, movil, sin masas ni adenopatias.  
ORG. DE LOS SENTIDOS: simetrico, movil, sin masas ni adenopatias.  
RESPIRATORIO: . . . . . torax simetrico, expansible, sin evidencia de tirajes, pulmones claros bien ventilados sin ruidos agregados.  
NEUROLOGICO: . . . . . alerta, consciente y orientado en sus tres esferas, sin deficit motor ni sensitivo aparente con buena fuerza muscular.  
ENDOCRINO: . . . . . normal  
MUSCULO (ESQUELETICO): normal  
HEMATOPYETICO: . . . . . normal  
LINFORRETICULAR: . . . . . normal  
PSIQUIATRICOS: . . . . . normal  
PIEL Y ANEXOS: . . . . . normal  
ARTICULAR: . . . . . normal  
CARDIOVASCULAR: . . . . . Sin soplos, pulsos conservados.  
GASTRO - INTESTINAL: abdomen blando, depresible, peristalsis + normal, no dolor a la palpacion no masas ni megalias, no signos de irritacion peritoneal, puño percusion bilateral negativa, no masas ni megalias.  
GINECOLOGICO: . . . . . normal  
UROLOGICO: . . . . . normal

**SIGNOS VITALES**

FREC CARDIACA: . . . . . 87 Latidos por Min.  
FREC RESPIRATORIA: . . . . . 17 Resp. por Min.  
TEMPERATURA: . . . . . 36 C.  
TENSION ART: . . . . . 107/69 mmHg  
PRESION ART. MEDIA: . . . . . 82  
SAT. DE OXIGENO: . . . . . 97 %  
PESO: . . . . . 70 Klg.  
TALLA: . . . . . 169 cm.  
IMC: . . . . . 24,5

**EXAMEN FISICO**

BUENAS CONDICIONES GENERALES  
SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . No  
SINTOMATICO RESPIRATORIO: . . . . . No  
SINDROME FEBRIL: . . . . . No

rotegida<sub>PI</sub>

**IPS SALUD PROTEGIDA EU - BAGADO**  
Codigo de habilitacion 270730063603 nit: 900037648-1  
Dir. CALLE 15 No 8-50 BARRIO NIÑO JESUS Tel. 314272907.  
**EVOLUCION:**

118063  
ante:  
identificacion:  
de historia  
Empresa:  
Regimen:

LEMON ARIAS SUANNY KARINA  
CC1077475693  
1077475693  
COMFACHOCO EPS C.

s.civil: Otro  
edad: 25 Años 3 Meses  
sexo: Femenino  
fec. naci: 09/08/1997

No Admision: 0  
FECHA ATENCION: 01/12/2022 07:09 a. m.

Telefono: 3207780807  
Municipio: BAGADO  
Direccion: LA CANDELARIA

**0000-EMBARAZO ABDOMINAL**

SINTOMATICO NERV. PERIF: . . . no

CABEZA: . . . . . NORMOCEFALA, sin deformidades

OJOS: . . . . . pupilas isocoricas normoreactivas a la luz. fondo de ojo sin alteraciones

OIDOS: . . . . . membranas timpánicas sin alteracion

NARIZ: . . . . . permeables sin alteracion

BOCA: . . . . . NORMAL

OTORRINOLARINGOLOGIA: . . . Sin alteraciones

CUELLO: . . . . . movil sin adenopatias

TORAX: . . . . . simetrico normoexpandible

FULMONAR: . . . . . claros ventilados sin ruidos sobre agregados, murmullo vesicular presente ambos campos pulmonares

CARDIOVASCULAR: . . . . . ruidos cardiacos ritmico no soplos

ABDOMEN: . . . . . blando, depresible, peristaltismo disminuido, dolor epigastrio a la palpacion, no masas no megalias no signos de irritacion peritoneal

EXTREMIDADES: . . . . . extremidades simetricas, no dolorosas a la movilizacion, no edemas, pulso positivos, llenado capilar adecuado

COLUMNA: . . . . . NORMAL

PERIMETRO ABDOMINAL: . . . . . 85

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: Sin alteraciones

GENITOURINARIO. . . . . normoconfigurado externamente para sexo, diuresis (-)

NEUROLOGICO: . . . . . sin deficit aparente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay deficit motor o sensitivo, no signos meningeos o de focalizacion

PIEL: . . . . . Sin alteraciones

**RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**

**TRATAMIENTO**

- HOSPITALIZACION
- DIETA HIPOSODICA, PICANTES, ACIDAS Y GRASAS
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE
- ACCESO VENOSO
- LÍQUIDOS: SSN 0.9% PASAR BOLO 500 CC
- ANALGESIA CON:
- OMEPRAZOL AMP 40 MG EV CADA 24 HORAS
- BUSCAPINA AMP 2.5 MG/20 MG EV AHORA
- METOCLOPRAMIDA AMP 10 MG, ADMINISTAR 5 MG CADA 8 HORAS EV
- CONTROL DE SIGNOS VITALES
- INFORMAR CAMBIOS.

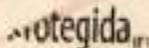
**DIAGNOSTICO:**

0000: EMBARAZO ABDOMINAL  
K295: GASTRITIS CRONICA. NO ESPECIFICADA  
O210: HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresion Diagnostica

**ORDEN MEDICA**

No CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION
1 890216	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	1	PRIOTITAKIA



**IPS SALUD PROTEGIDA EU - BAGADO**

codigo de habilitacion 270730063603 nit: 900037648-1  
Dir. CALLE 15 No 8-50 BARRIO NIÑO JESUS Tel. 314272907.

**EVOLUCION:**

Folio No: 118062

Paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
Identificacion: CC1077475693  
No historia: 1077475693  
Empresa: COMFACHOCO EPS C.  
Regimen

e.civil: Otro  
edad: 25 Años 3 Meses  
sexo: Femenino  
fec. naci: 09/08/1997

No Admision: 0  
FECHA ATENCION: 01/12/2022 07:09 a. m.

Telefono: 3207780807  
Municipio: BAGADÓ  
Direccion: LA CANDELARIA

0000-EMBARAZO ABDOMINAL

**DATOS DEL ACOMPAÑANTE:**

NOMBRE: ARIAS RODRIGUEZ YULENNY  
TELEFONO: 3207780807

DIRECCION: LA CANDELARIA  
PARENTESCO: MADRE

**EVOLUCION:**

PACIENTE 25 CON DIAGNÓSTICOS DE:

- EMBARAZO ABDOMINAL
- GASTRITIS CORNIA EXACERVADA
- HIPEREMESIS GRAVIDICA

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, PERSISTENCIA DE DOLOR EN EPIGASTRIO, NAUSEAS, MULTIPLES EPISODIOS EMETICO, ANOREXIA, INSOMNIO, NIEGA FIEBRE, SINTOMA RESPIRATORIOS U URINARIO.

PACIENTE PRIMIGESTANTE DE 6 SEMANAS. AHORA EN CONTEXTO DE GASTRITIS CRONICA EXACERVADA Y HIPEREMESIS GRAVIDICA DE DIFICIL CONTROL QUE NO PERMITE LA CORRECTA ALIMENTACION. PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIGNOS CLINICOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN ABDOMEN AGUDO, AL EXAMEN FISICO LO DESCRITO, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO. SE DECIDE CONTINUAR EN OBSERVACIÓN Y MANEJO YA ESTABLECIDO ADEMÁS VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA PRIORITARIA PARA CONTROL POR NO CLARIDA EN ORIGEN ETIOLOGICO DE CUADRO. SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**REVISION POR SISTEMA**

buenas condiciones generales; lo descrito en enfermedad actual

- CABEZA: . . . . . normocefalo
- OJOS: . . . . . pupilas isocoricas, normorreactivas a la luz.
- NARIZ: . . . . . naris permeables, sin obstruccion ni rinorrea
- OIDOS: . . . . . permeable, membrana timpanica con reflejo luminoso normal. no se evidencia eritema ni lesion a nivel del conducto auditivo.
- OROFARINGE: . . . . . mucosa oral humeda, dentadura completa sin alteraciones.
- CUELLO: . . . . . simetrico, movil, sin masas ni adenopatias.
- ORG. DE LOS SENTIDOS: simetrico, movil, sin masas ni adenopatias.
- RESPIRATORIO: . . . . . torax simetrico, expansible, sin evidencia de tirajes, pulmones claros bien ventilados sin ruidos agregados.
- NEUROLOGICO: . . . . . alerta, consciente y orientado en sus tres esferas, sin deficit motor ni sensitivo aparente con buena fuerza muscular.
- ENDOCRINO: . . . . . normal
- MUSCULO(ESQUELETICO): normal
- HEMATOPQUETICO: . . . . . normal
- LINFORRETICULAR: . . . . . normal
- PSIQUIATRICOS: . . . . . normal
- PIEL Y FANERAS: . . . . . normal
- ARTICULAR: . . . . . normal
- CARDIOVASCULAR: . . . . . Sin soplos, pulsos conservados.
- GASTRO - INTESTINAL: abdomen blando, depresible, peristalsis + normal, no dolor a la palpacion no masas ni megalias, no signos de irritacion peritoneal, puño percusion bilateral negativa, no masas ni megalias.
- GINECOLOGICO: . . . . . normal
- UROLOGICO: . . . . . normal

**SIGNOS VITALES**

- FREC CARDIACA: . . . . . 87 Latidos por Min.
- FREC RESPIRATORIA: .17 Resp. por Min.
- TEMPERATURA: . . . . . 36 C.
- TENSION ART: . . . . . 107/69 mmHg
- PRESION ART. MEDIA: .82
- SAT. DE OXIGENO: . . . . . 97 %
- PESO: . . . . . 70 Kg.
- TALLA: . . . . . 169 cm.
- IMC: . . . . . 24.5

**EXAMEN FISICO**

- BUENAS CONDICIONES GENERALES
- SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . No
- SINTOMATICO RESPIRATORIO: . . . . . No
- SINDROME FEBRIL: . . . . . No

otegida

**IPS SALUD PROTEGIDA EU - BAGADO**  
 código de habilitación 270730063603 nit: 900037648-1  
 Dir. CALLE 15 No 8-50 BARRIO NIÑO JESUS Tel. 314272907.

**EVOLUCION:**

Folio No: 119062  
 Paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
 Identificación: CC1077475693  
 No historia: 1077475693  
 Empresa: COMFACHOCO.EPS C.  
 Régimen:

e.civil: Otro  
 edad: 25 Años 3 Meses  
 sexo: Femenino  
 fec. nac.: 09/08/1997

No Admisión: 0  
 FECHA ATENCION: 01/12/2022 07:09 a. m  
 Teléfono: 3707780807  
 Municipio: BAGADÓ  
 Dirección: LA CANDELARIA

**0000-EMBARAZO ABDOMINAL**

SINTONATICO NERV. PERIF.: . . . . . no  
 CAREZA: . . . . . normocefala, sin deformidades  
 OJOS: . . . . . pupilas isocóricas normoreactivas a la luz, fondo de ojo sin alteraciones  
 OÍDOS: . . . . . membranas timpánicas sin alteración  
 NARIZ: . . . . . permeables sin alteración  
 BOCA: . . . . . NORMAL  
 OTORRINOLARINGOLOGÍA: . . . . . Sin alteraciones  
 CUELLO: . . . . . móvil sin adenopatía  
 TORAX: . . . . . simétrico normoexpandible  
 PULMONAR: . . . . . claros ventilados sin ruidos sobre agregados, murmullo vesicular presente ambos campos pulmonares  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . ruidos cardíacos rítmico no soplos  
 ABDOMEN: . . . . . blando, depresible, peristaltismo disminuido, dolor epigástrico a la palpación, no masas ni megalias no signos de irritación peritoneal  
 EXTREMIDADES: . . . . . extremidades simétricas, no dolorosas a la movilización, no edemas, pulsos positivos, llenado capilar adecuado  
 COLUMNA: . . . . . NORMAL  
 PERÍMETRO ABDOMINAL: . . . . . 85  
 SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: Sin alteraciones  
 GENITOURINARIO: . . . . . normoconfigurado externamente para sexo, diuresis (\*)  
 NEUROLÓGICO: . . . . . sin déficit aparente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor o sensitivo, no signos meníngeos o de focalización  
 PIEL: . . . . . Sin alteraciones

**RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**

**TRATAMIENTO**

- HOSPITALIZACIÓN
- DIETA HIPOSODICA, PICANTES, ACIDAS Y GRASAS
- ACOMPAÑANTE PERMANENTE
- ACCESO VENOSO
- LÍQUIDOS: SSN 0.9% PASAR BOLO 500 CC
- ANALGESIA CON:
- OMEPRAZOL AMP 40 MG EV CADA 24 HORAS
- BUSCAPINA AMP 2.5 MG/20 MG EV AHORA
- METOCLOPRAMIDA AMP 10 MG, ADMINISTAR 5 MG CADA 8 HORAS EV
- CONTROL DE SIGNOS VITALES
- INFORMAR CAMBIOS.

**DIAGNOSTICO:**

0000: EMBARAZO ABDOMINAL  
 K295: GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA  
 O210: HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresión Diagnostica

**ORDEN MEDICA**

No	CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION
1	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	1	PRIORITARIA

Protegida<sup>in</sup>

**IPS SALUD PROTEGIDA EU - BAGADO**  
codigo de habilitacion 270730063603 nit: 900037648-1  
Dir. CALLE 15 No 8-50 BARRIO NIÑO JESUS Tel. 314272907.

**EVOLUCION:**

Folio No: 118062

Paciente: LEMOS ARJAS SUANNY KARINA  
Identificacion: CC1077475693  
No historia: 1077475693  
Empresa: CDMFACHOCO EPS C.  
Regimen:

s.civil: Otro  
edad: 25 Años 3 Meses  
sexo: Femenino  
fec. nac: 09/08/1997

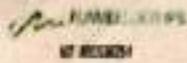
No Admision: 0  
FECHA ATENCION: 01/12/2022 07:09 a. m.

Telefono: 3207780807  
Municipio: BAGADÓ  
Direccion: LA CANDELARIA

0000-EMBARAZO ABDOMINAL

*Yenny Magali Cuero*

profesional: CUERO CUERO YENNY MAGALI  
especialidad: MEDICINA GENERAL  
registro: 1144159159



**FUNMELLOCO IPS**  
 código de habilitación 2707301041-01 nit: 900359029-1  
 Dir. BARRIO LAS PALMERAS Tel. 3134009355.  
**HISTORIA CLINICA MATERNA.**

Folio No: 90760

paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
 Identificación: CC1077475693  
 no historia: 1077475693  
 empresa: COMPACHOCÓ EPS S.  
 Z349-SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

a.civil:  
 edad: 25 Años 3 Meses  
 sexo: Femenino  
 fec. naci: 09/08/1997

Admisión No: 0  
 FECHA ATENCION: 01/12/2022 09:54 a. m.  
 telefono: 3207780007  
 municipio: BAGADÓ  
 direccion: la candelaria

**EXAMEN MENTAL:**

Apariencia General: Normal  
 Actitud: . . . . . Normal  
 Atención: . . . . . Normal  
 Conciencia: . . . . . Normal  
 Orientación: . . . . . Normal  
 Lenguaje: . . . . . Normal  
 Afecto: . . . . . Normal  
 Memoria: . . . . . Normal  
 Pensamiento: . . . . . Normal  
 Hábito: . . . . . Normal  
 Sueño: . . . . . Normal  
 Alimentación: . . . . . Normal  
 Inteligencia: . . . . . Normal  
 Retardo Mental: . . . . . Normal  
 Introspección: . . . . . Normal  
 Prospección: . . . . . Normal  
 Somatizaciones: . . . . . Normal  
 Nivel Concentración: Normal

**INTERVENCION DE MEDICINA FAMILIAR**

Recomendaciones de asistir mensualmente a su control para entrega de método y cumplir con esta, adoptar estilos de vida saludable, alimentación baja en grasa, sal y azúcar, ejercicio a tolerancia

**REVISION POR SISTEMA**

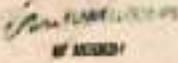
Normal  
 CABEZA: . . . . . Normal  
 OJOS: . . . . . Normal  
 NARIZ: . . . . . Normal  
 OÍDOS: . . . . . Normal  
 OROFARINGE: . . . . . Normal  
 CUELLO: . . . . . Normal  
 ORG. DE LOS SENTIDOS: Normal  
 RESPIRATORIO: . . . . . Normal  
 NEUROLOGICO: . . . . . Normal  
 ENDOCRINO: . . . . . Normal  
 MUSCULOESQUELETICO: Normal  
 HEMATOPOYETICO: . . . . . Normal  
 LINFORRETICULAR: . . . . . Normal  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . Normal  
 PIEL Y ANEXOS: . . . . . Normal  
 ARTICULAR: . . . . . Normal  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . Normal  
 GASTRO - INTESTINAL: Normal  
 GINECOLOGICO: . . . . . NO REFIERE  
 UROLOGICO: . . . . . NO APLICA

**SIGNOS VITALES**

FREC CARDIACA: . . . . . 68 Latidos por Min.  
 FREC RESPIRATORIA: . . . . . 20 Resp. por Min.  
 TEMPERATURA: . . . . . 36 C.  
 TENSION ART: . . . . . 100/70 mmHg  
 PRESION ART. MEDIA: 80  
 SAT. DE OXIGENO: . . . . . 99 %  
 PESO: . . . . . 64 Klg.  
 TALLA: . . . . . 160 cm.  
 IMCI . . . . . 25.0

**EXAMEN FISICO**

Buenas condiciones generales, consciente, orientado, afebril, alerta, hidratado.  
 SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . No  
 SINTOMATICO RESPIRATORIO: . . . . . No  
 SINDROME FEBRIL: . . . . . No  
 SINTOMATICO NERV. PERIF.: . . . . . No  
 EDAD GESTACIONAL: . . . . . 6.5



**FUNMELLOCO IPS**  
 código de habilitación 2707301041-01 nit: 900359029-1  
 Dir. BARRIO LAS PALMERAS Tel. 3134009355.  
**HISTORIA CLINICA MATERNA.**

Folio No: 90760

Admisión No: 0

paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
 identificación: CC1077475693  
 no historia: 1077475693  
 empresa: CDMFACHOCÓ EPS S.  
 2349-SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

e.civil:  
 edad: 25 Años 3 Meses  
 sexo: Femenino  
 fec. naci: 09/08/1997

FECHA ATENCION: 01/12/2022 09:54 a. m.  
 telefono: 3207780807  
 municipio: BAGADÓ  
 direccion: la candelaria

ALTURA UTERINA: . . . . . 3  
 INCREMENTO DE PESO: . . . . . SI  
 PRESENTACION: . . . . . FLOTANTE  
 FCF: . . . . . AUSENTE  
 MOVIMIENTOS FETALES: . . . . . NO  
 SIGNOS DE ALARMA: . . . . . NO  
 INCREMENTO ALTURA UTERINA: SI  
 ESTADO NUTRICIONAL: . . . . . REGULAR  
 CABEZA: . . . . . normocefala, sin deformidades  
 OJOS: . . . . . pupilas isocóricas normoreactivas a la luz, fondo de ojo sin alteraciones  
 OÍDOS: . . . . . Sin alteraciones  
 NARIZ: . . . . . Sin alteraciones  
 OTORRINOLARINGOLOGÍA: . . . . Sin alteraciones  
 CUELLO: . . . . . central, sin deformidades, no masas ni adenopatías  
 TORAX: . . . . . no deformidades en torax  
 PULMONAR: . . . . . campos pulmonares bien ventilados sin presencia de ruidos agregados, murmullo vesicular limpio  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . resaca, no soplos  
 ABDOMEN: . . . . . blando, depresible, no masas ni megalias, peristaltismo normal, no signos de irritación peritoneal  
 EXTREMIDADES: . . . . . extremidades simétricas, no dolorosas a la movilización, no edemas, pulsos positivos, llenado capilar adecuado  
 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL . . . . . NORMAL  
 SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: Sin alteraciones  
 GENITOURINARIO. . . . . Sin alteraciones  
 NEUROLÓGICO: . . . . . sin déficit aparente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay déficit motor o sensitivo, no signos meníngeos o de focalización  
 PIEL: . . . . . Sin alteraciones

**DIAGNOSTICO:**

2349: SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresión Diagnóstica

**IDENTIFICACION DEL RIESGO**

se dicta signos de alarma, cefalea intensa asociado a tinajas, acufenos, epigastralgia intensa, dolor tipo cólico irradiado a región lumbar, pérdida de líquido amniótico o presencia de sangrado vaginal, inmediatamente acudir por urgencia., SE EXPLICAN RIESGOS Y SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR INMEDIATAMENTE

**TRATAMIENTO**

MULTIVITAMINICOS: , ACIDO FOLICO 1MG C/DIA, SULFATO FERROSO 300MG C/DIA, CARBONATO DE CALCIO: 1.2 gr C/DIA

**RESULTADOS DE AYUDAS DX**

GLICEMIA FECHA: No ORDEN: 2340 FECHA:30/11/2022 11:03:00 a. m. RESULTADO	UNIDAD	VAL MIN	VAL MAX
GLICEMIA 48	mg/dl	70	100
HEMOPARASITO FECHA: No ORDEN: 2340 FECHA:30/11/2022 11:03:00 RESULTADO	UNIDAD	VAL MIN	VAL MAX
HEMOPARASITO NEGATIVO			
HEPATITIS B FECHA: No ORDEN: 2340 FECHA:30/11/2022 11:03:00 a. RESULTADO	UNIDAD	VAL MIN	VAL MAX
HEPATITIS B NEGATIVO			
VH/SIDA FECHA: No ORDEN: 2340 FECHA:30/11/2022 11:03:00 a. m. RESULTADO	UNIDAD	VAL MIN	VAL MAX
VH/SIDA 1 NEGATIVO			
VH/SIDA 2 NEGATIVO			
VDRL FECHA: No ORDEN: 2340 FECHA:30/11/2022 11:03:00 a. m. RESULTADO	UNIDAD	VAL MIN	VAL MAX
VDRL NO REACTIVA			
PRUEBA DE EMBARAZO FECHA: No ORDEN: 2340 FECHA:30/11/2022 11:03:00 RESULTADO	UNIDAD	VAL MIN	VAL MAX
PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA			
CHAGAS FECHA: No ORDEN: 2340 FECHA:30/11/2022 11:03:00 a. m. RESULTADO	UNIDAD	VAL MIN	VAL MAX

Folio No: 90760

paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
 identificación: CC1077475693  
 no historia: 1077475693  
 empresa: COMFACHOCÓ EPS S.  
 Z349-SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

e.civil:  
 edad: 25 Años 3 Meses  
 sexo: Femenino  
 fec. naci: 09/08/1997

Admisión No: 0  
 FECHA ATENCION: 01/12/2022 09:54 a. m.

telefono: 3207780807  
 municipio: BAGADÓ  
 direccion: la candelaria

Polihamnios:  
 Embarazo(multiple):  
 Presentacion de frente o transversal  
 Isoinmunizacion:

**TEST HURTADO HERRERA - HISTORIA REPRODUCTIVA:**

Edad: F1 Placenta  
 Paridad:  
 Cesarea Previa  
 Preeclampsia o Hipertension:  
 Abortos recurrentes o infertilidad:  
 Hemorragia Postparto o Remosion:  
 Manual de Placenta:  
 Peso del Recien Nacido: (<2500 e >4000 g)  
 Mortalidad Fetal Tardia o Neonatal Temprana:  
 Trabajo de parto anormal o dificultoso:  
 Cirugia ginecologica previa:

**TEST HURTADO HERRERA - RIESGO PSICOSPCIAL:**

Ansiedad severa  
 Soporte social familiar inadecuado:

**TEST HURTADO HERRERA - RESULTADO:**

EMBARAZO ACTUAL:  
 HISTORIA REPRODUCTIVA:  
 RIESGO PSICOSOCIAL:  
 TOTAL:

**PREGUNTAS WHOOLEY:**

Durante los últimos 30 días se ha sentido a menudo desanimado, deprimido o con pocas esperanzas? No  
 ¿Durante los últimos 30 días ha sentido menudo poco interés o placer al hacer cosas que habitualmente disfrutaba? No

**EXPOSICION A VIOLENCIA:**

¿DURANTE EL ULTIMO AÑO, ha sido humillada, menospreciada, insultada o amenazada por su pareja? No  
 ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO, fue golpeada, bofetada, pateada o lastimada físicamente de otra manera? No  
 ¿DESDE QUE ESTA EN GESTACIÓN, fue golpeada, bofetada, pateada o lastimada físicamente de alguna manera? No  
 ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales? No

**CUESTIONARIO SOBRE DEPRESION POSTNATAL EDIMBURGO:**

He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	0	Tanto como siempre
He mirado el futuro con placer	0	Tanto como siempre
He he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien	0	No, nunca
He estado ansiosa y preocupada sin motivo	0	No, para nada
He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	0	No, nada
Las cosas me oprimen o agobian	0	No, nada
He he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	0	No, nada
Me he sentido triste y desgraciada	0	No, nada
He sido tan infeliz que he estado llorando	0	No, nunca

**FUNMELLOCO IPS**

codico de habilitacion 2707301041-01 nit: 900359029-1  
 Dir. BARRIO LAS PALMERAS Tel. 3134009355.

**HISTORIA CLINICA MATERNA.**

Folio No: 90760

paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
 Identificacion: CC1077475693  
 no historial: 1077475693  
 empresa: COMFACHOCO EPS S.

e.civil  
 edad: 25 Años 3 Meses  
 sexo: Femenino  
 fec. naci: 09/08/1997

Admission No: 0  
 FECHA ATENCION: 01/12/2022 09:54 a. m.

telefono: 3207780807  
 municipio: BAGADÓ  
 direccion: la candelaria

2349-SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

He pensado en hacerme daño a mí misma

0 No

**RECOMENDACIONES:**

RECOMENDACIONES ACERCA DE POST TEST DE VIH Y DE LACTANCIA MATERNA SE EDUCA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, HASTA LOS 6 MESES DE VIDA, ADEMAS DE LAS POSICIONES Y FORMAS CORRECTAS DE LACTAR, TAMBIEN SE HABLA DE LOS BENEFICIOS DE, ESTA, TANTO PARA EL BEBE COMO PARA LA MADRE., SE BRINDA INFORMACION Y RECOMENDACION DE MICRONUTRIENTES Y SE REMITE A VALORACION AL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA, se dicta signos de alarma. cefalea intensa asociado a tinutis, acufenos, epigastralgia intensa, dolor tipo colico irradiado a region lumbar, perdida de liquido amniotico o presencia de sangrado vaginal ausencia de movimientos fetales mayor de 24 horas consultar inmediatamente por la urgencia., RECOMENDACION ACERCA DE LA VITAL IMPORTANCIA DE ASISTIR CON NORMALIDAD A SUS CITAS PROGRAMADAS DE CONTROL MATERNO PERINATAL Y ACERCA DEL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES PARA EL BUEN DESARROLLO DEL FETO Y PREVENCIÓN DE ALTERACIONES DURANTE EL EMBARAZO, EVITAR EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ASISTIR PUNTUAL A LOS CONTROLES MENSUALES. NO AUTO MEDICARSE CONSULTAR POR URGENCIAS INMEDIATAMENTE SI: - PERDIDAS VAGINALES (SANGRE - LÍQUIDO) - DISMINUCIÓN DE LOS MOVIMIENTO FETALES - FIEBRE Y ESCALOFRÍOS - DOLOR ABDOMINAL (CONTRACCIONES) - HINCHAZÓN EN LAS MANOS, CARA Y PIES - DOLOR DE CABEZA QUE NO MEJORA CON EL ACETAMINOFÉN - DOLOR INTENSO EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO, VER CUCULLOS, ESCUCHA PITOS

**ASESORIA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

se brinda informacion y asesoria acerca de los multiples factores de riesgo de interrupcion voluntaria del embarazo y se da asesoria en cuanto al derecho en caso de decidir de manera libre y autonoma sobre la interrupcion del embarazo en caso de configurarse una de las casusas establecidas en la sentencia C355de 2006

**ENFERMEDADES R.N.:**

No	CODIGO	DESCRIPCION
----	--------	-------------

**PUERPERIO:**

Hora	Min	TFC:	Pulsos:	P.A.	Invol.Ute	Loquion
------	-----	------	---------	------	-----------	---------

**CURVA DE ATALAH:**

FUNMELLOCO IPS  
COTACANES

**FUNMELLOCO IPS**  
codigo de habilitacion 2707301041-01 nit: 900359029-1  
Dir. BARRIO LAS PALMERAS Tel. 3134009355.

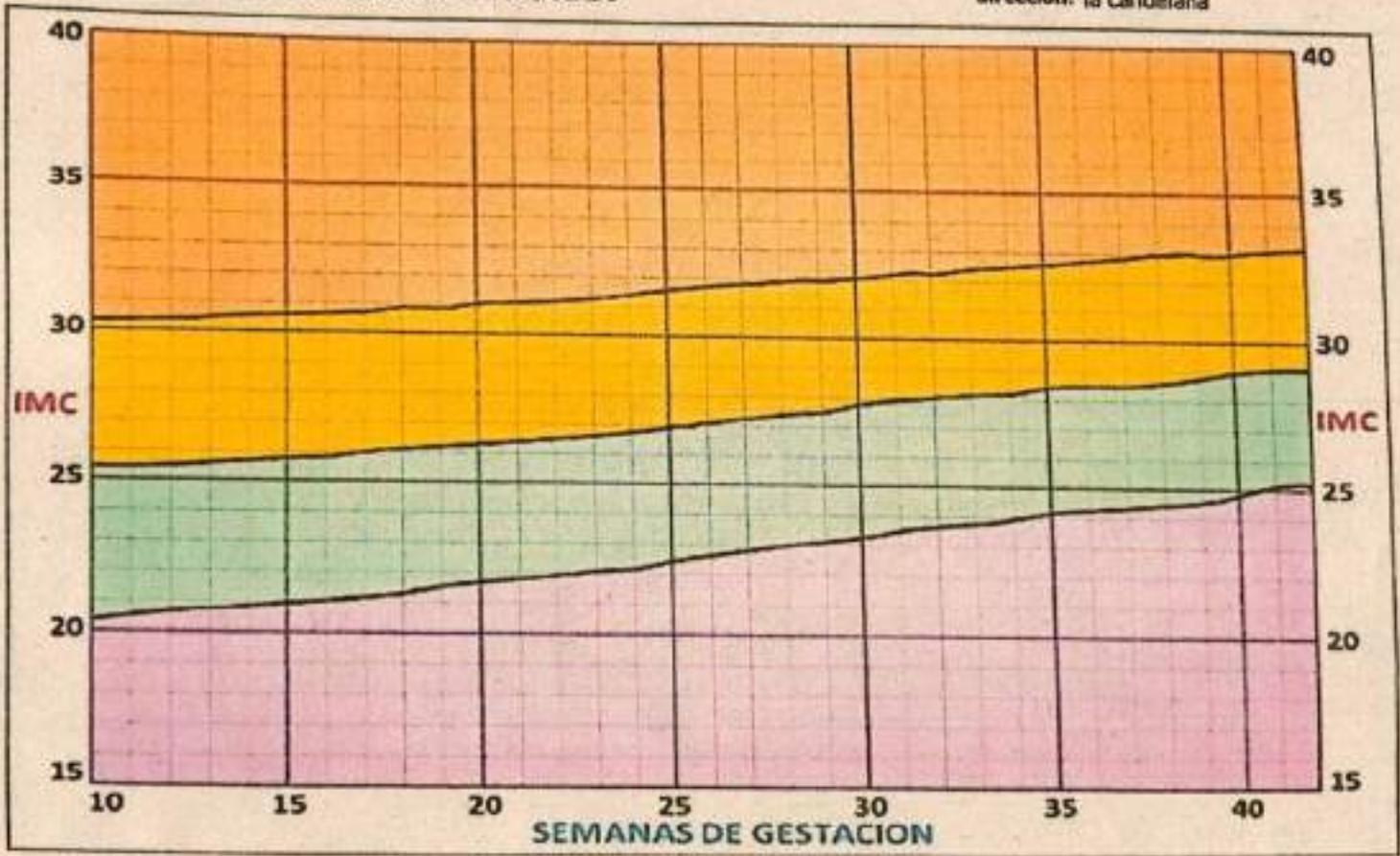
**HISTORIA CLINICA MATERNA.**

Folio No: 90760

paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
Identificacion: CC1077475693  
no historia: 1077475693  
empresa: COMFACHOCÓ EPS S.  
Z349-SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

e.civil:  
edad: 25 Años 3 Meses  
sexo: Femenino  
fec. nac: 09/08/1997

Admision No: 0  
FECHA ATENCION: 01/12/2022 09:54 a. m.  
telefono: 3207780807  
municipio: BAGADÓ  
direccion: la candelaria



**ALTURA UTERINA:**

FUNDACIÓN UNIONVIDA "FUNVIDA"  
codigo de habilitación 270010077002 nit: 900520293-7  
Barrío Roma Y CRA 6 N° 32-19 Tel. 6707834-6719091.

FUNMELLOCO IPS  
codigo de habilitación 2707301041-01 nit: 900359029-1  
Dir. BARRIO LAS PALMERAS Tel. 3134009355.  
**HISTORIA CLINICA MATERNA.**

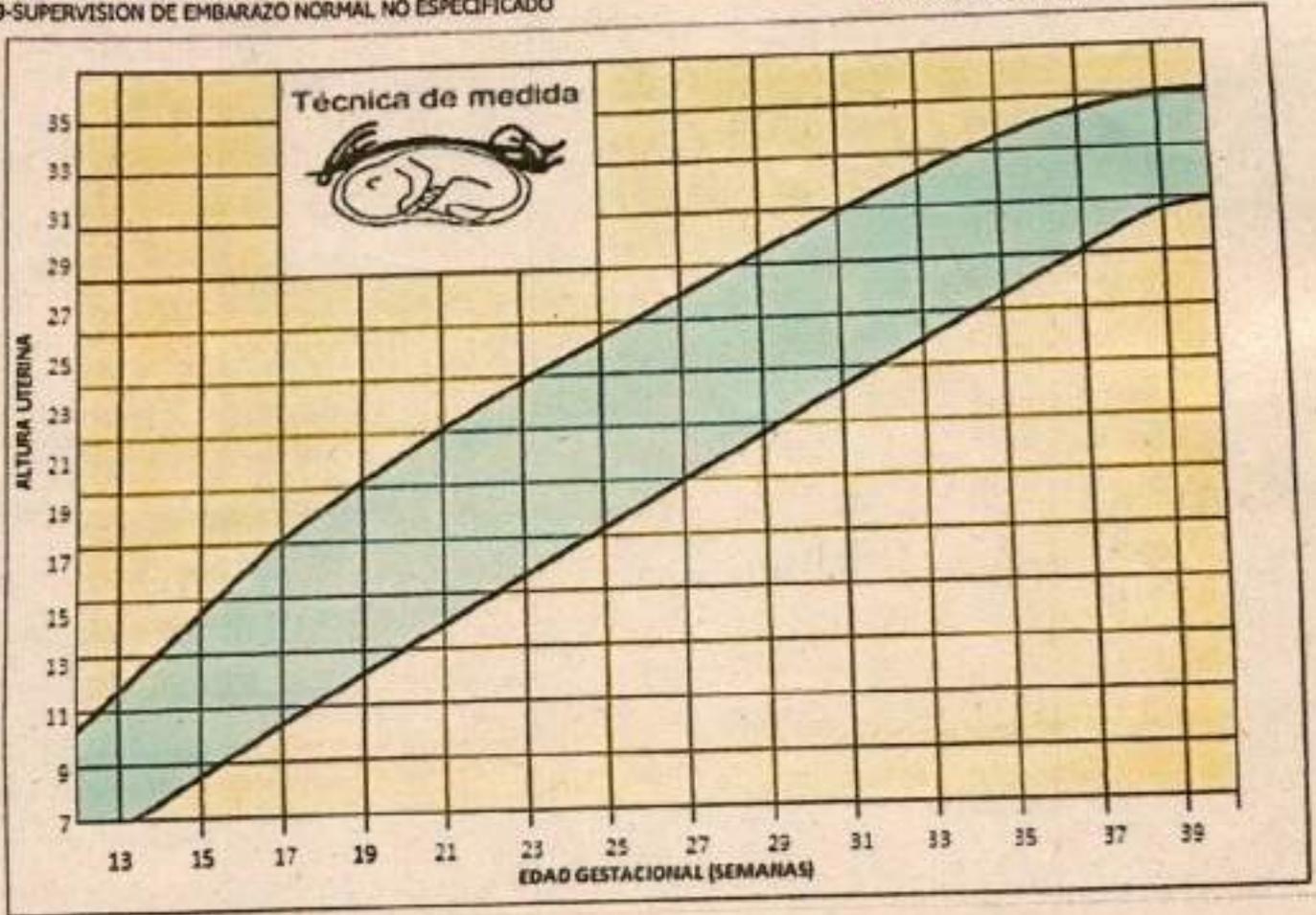
Folio No: 90760

paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
identificación: CC1077475693  
no historia: 1077475693  
empresa: COMFACHOCÓ EPS S.  
Z349-SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

e.civil:  
edad: 25 Años 3 Meses  
sexo: Femenino  
fec. nac: 09/08/1997

Admisión No: 0  
FECHA ATENCION: 01/12/2022 09:54 a. m.

telefono: 3207780807  
municipio: BAGADÓ  
direccion: la candelaria



Ullaw polo r  
1143130961

profesional: POLO ROJANO MARIA ANGELICA  
especialidad: MEDICINA GENERAL  
registro: 1143130961

## FUNMELLOCO IPS

codigo de habilitacion 2707301041-01 nit: 900359029-1

Dir. BARRIO LAS PALMERAS Tel. 3134009355.

## HISTORIA CLINICA MATERNA.

Folio No: 90760

Admision No: 0

paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA

e.civil:

FECHA ATENCION: 01/12/2022 09:54 a. m.

identificacion: CC1077475693

edad: 25 Años 3 Meses

no historia: 1077475693

sexo: Femenino

telefono: 3207780607

empresa: COMFACHOCO EPS S.

fec. nac: 09/08/1997

municipio: BAGADÓ

2349-SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

direccion: la candelaria

## DATOS DEL ACOMPAÑANTE:

NOMBRE:

DIRECCION: Sin Dato

TELEFONO:

PARENTESCO:

## ENFOQUE DIFERENCIAL:

BARRIO: . . . . . RURAL DONA: RURAL DIRECCION: la candelaria  
 NIVEL EDUCATIVO: . . . . . VIC CONFLICTO ARMADO: .No DESEMPLEADO: . . . No.  
 NIVEL EDUCATIVO: . . . . . VIC CONFLICTO ARMADO: .No DESEMPLEADO: . . . No  
 ORIENT SEXUAL: . HETEROSEXUAL DESPLAZADO: . . . . .No CARCELARIO: . . . . .No  
 RELIGION: . . . . . VIC.MALTRATO: . . . . .No MIGRANTE: . . . . .No  
 DISCAPACIDAD: . . . . . ABRANDONO SOCIAL: . . . . .No TRABAJADORA SEXUAL: No  
 OBTENCION: . . . . . DESEScolarizado: . . . . .No POBLACION LGTBI: . . . No  
 MINAS ANTI PERSONAS: . . . . .  
 MUSE-MUNICION SIN EXPLOTAR: . . . . .  
 RUV-REGISTRO UNICO VICTIMA: . . . . .  
 HABITANTE DE CALLE: . . . . . No  
 ORIENT SEXUAL: . HETEROSEXUAL  
 OCUPACION: . . . . . No se tiene Informacion  
 ETNIA: . . . . . Negra(a) Mulato(a) Afrocolombiano(a)

## DATOS GENERALES:

DESPLAZADO: . . . . . 01/12/2022  
 LEE ESCRIBE: . . . . . si  
 ESTUDIOS: . . . . . si  
 AÑOS EN EL MAYOR NIVEL: . . . universitario  
 ESTADO CIVIL: . . . . . union libre  
 CONTROL PRENATAL EN: . . . . . ips funmelloco

## MOTIVO DE CONSULTA:

INGRESO CONTROL PRENATAL

## ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE 6.5 SEMANAS POR FUM 16/10/2022 FPP:23/07/2023 POR FUM CONSULTA PARA INGRESO CONTROL PRENATAL EN EL MOMENTO REFIERE, OCASIONALMENTE CEFALEA, ASOCIADO A MAREO, NO SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, TOLERA VIA ORAL, NO SINTOMAS IRRITATIVOS, URINARIOS, NO DOLOR PELVICO, NO SANGRADO, AGUDEZA VISUAL 20/20 NIEGA MOVIMIENTOS FETALES PATOLOGICOS: MIGRAÑA, FARMACOLOGICOS: MICRONUTRIENTES, QUIRURGICOS: NIEGA, ALERGICOS: NIEGA, GINECOBISTETRICOS: GIPONDADO NO TRAE ECO, EXAMEN FISICO, PACIENTE EN ACPETABLES CONDICIONES GENERALES AFEBRIL NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CYC: MUCOSA ORAL HUMEDA NO ADENOEMGALIAS, TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALTURA UTERINA 5 CM FCP:NO AUDIBLE, EXTREMIDADES: EUTROFICAS NO EDMEAS, NEUROLOGICO: NO FOCALIZACION, PARACLINICOS DE PRIMER TRIMESTRE, PACIENTE CONSULTA POR CUADRO CLINICO PREVIAMENTE DESCRITO EN EL MOMENTO SE ENCUETRA ESTBLE NO SIGNOS DE DIFICULTAD, RESPIRATORIA, TOBIERLANDO VIA ORAL, AL EXAMEN FISICO CIFRAS TENSIONALES EN METAS, NO TAQUICARDICA., ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO HASTA LA FECHA SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE ASISTIR A CONTROLES PUNTUALES SE BRINDA ASESORIA SOBRE PRUEBA DE VIH PRE EXAMEN SE DA RECOMENDACIONES SOBRE SER PUNTUAL CON MICRONUTRIENTES SEÑALES DE ALARMA SOBRE CUANDO RECORRER AL HOSPITAL DE URGENCIA SALIDA DE LIQUINA DE VAGINA DE OLOR A CLORO SALIDA SANGRE DOLOR PELVICO CEFALEA CONSTANTE EDEMA POSFENOS TINITUS, PENDIENTE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL SE DA ORDEN PARA AUTORIZAR DE MANERA PRIORITARIA.

## ANTECEDENTES FAMILIARES:

GENERALES: . . . NO  
 PATOLOGICOS: . . . NO  
 TOXICOS: . . . NO  
 FARMACOLOGICOS: NO  
 ALERGICOS: . . . NO  
 OBSTETRICOS: . . . NO  
 GINECOLOGICOS: . NO  
 OBSERVACIONES: NO

## ANTECEDENTES PERSONALES:

FACTOR RUI: No refiere  
 HTA: . . . . . No refiere  
 OBESIDAD: . . . . . No refiere  
 DIABETES: . . . . . No refiere  
 DISCAPACIDAD: . . . No refiere

L  
I  
F  
C  
V  
M  
M  
M  
M  
S  
V  
GE  
UI  
HL  
NU  
VI  
ET  
HE  
EM  
GE  
RUI  
FL  
CO  
PRE  
AN  
EN  
SEX  
IO  
TEC  
ICI  
IETC  
RAC  
ECH  
ESU  
X H  
ARI  
EST  
ESO  
ALLA

**FUNMELLOCO IPS**  
 código de habilitación 2707301041-01 nit: 900359029-1  
 Dir. BARRIO LAS PALMERAS Tel. 3134009355.  
**HISTORIA CLINICA MATERNA.**

Folio No: 90760

paciente: LEMOS ARIAS SJANNY KARINA  
 identificación: CC1077475693  
 no historia: 1077475693  
 empresa: COMFACHOCÓ EPS S.  
 Z349-SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

e.civil:  
 edad: 25 Años 3 Meses  
 sexo: Femenino  
 fec. nati: 09/08/1997

Admisión No: 0  
 FECHA ATENCION: 01/12/2022 09:54 a. m.  
 Telefono: 3207760007  
 municipal: BAGADÓ  
 dirección: la candelaria

CHAGAS	NEGATIVO			
TOXOPLASMA IgG FECHA: No ORDEN: 2340 FECHA: 30/11/2022 11:03: RESULTADO		UNIDAD	VAL MIN	VAL MAX
TOXOPLASMA IgG	POSITIVO			
TOXOPLASMA IgM FECHA: No ORDEN: 2340 FECHA: 30/11/2022 11:03: RESULTADO		UNIDAD	VAL MIN	VAL MAX
TOXOPLASMA IgM	NEGATIVO			
Parcial de Orina FECHA: No ORDEN: 2340 FECHA: 30/11/2022 11:03:00 RESULTADO		UNIDAD	VAL MIN	VAL MAX
Color	AMARILLO			
Aspecto	TURBIO			
Leucocitos	NEGATIVO			
Cetona	NEGATIVO			
Nitritos	NEGATIVO			
Urobilinogeno	NEGATIVO			
Bilirrubina	NEGATIVO			
Glucosa	NEGATIVO			
Proteina	NEGATIVO			
Densidad	1000			
pH	6.0			
Sangre	NEGATIVO			
Acido Ascórbico	-			
Células Epiteliales	5-8	X CP		
Bacterias	+++			
Leucocitos	2-4	X CP		
Hemates	0-2	X CP		
Observaciones:	LEVADURAS ++ MOCO+			
FROTIS VAGINAL O URETRAL FECHA: No ORDEN: 2340 FECHA: 30/11/ RESULTADO		UNIDAD	VAL MIN	VAL MAX
PH	8.0			
TEST DE AMINAS	NEGATIVO			
CELULAS EPIITELIALES	28-30	X CP		
CELULAS GUISAS	NEGATIVO	X CP		
BACTERIAS	MAJOR 50			
LEUCOCITOS	5-7	X CP		
HONGOS	NEGATIVO			
TRICHOMONAS VAGINALIS	NEGATIVO			
COCOSACILOS GRAM VARIABLES	++			
OTROS	COMPATIBLE CON GARDNERELLA VAGINALIS			

**TEST HURTADO HERRERA - EMBARAZO ACTUAL:**

- Enfermedad renal crónica:
- Diabetes gestacional
- Diabetes preconcepcional
- Hemorragia: F1 Placenta
- Anemia (>42 semanas):
- Embarazo prolongado > 42 Semanas
- Hipertension Arterial

**FUNMELLOCO IPS**  
 código de habilitación 2707301041-01 nit: 900359029-1  
 Dir. BARRIO LAS PALMERAS Tel. 3134009355.  
**HISTORIA CLINICA MATERNA.**

Folio No: 90760

Admisión No: 0

paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
 identificación: CC1077475693  
 no historia: 1077475693  
 empresa: COMFACHOCO EPS 5.  
 Z349-SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

civil: edad: 25 Años 3 Meses  
 sexo: Femenino  
 fec. nac: 09/08/1997

FECHA ATENCION: 01/12/2022 09:54 a. m.

telefono: 3107780807  
 municipio: BAGADÓ  
 direccion: la candelaria

Consumo de SPA: . No refiere  
 Enf. Mental: . . . No refiere  
 Fumador: . . . . No refiere  
 Exp. al Humo: . . . No refiere  
 Alcoholismo: . . . No refiere  
 Aler. Medicamento No refiere  
 E. Cardiovascular. No refiere  
 ICC ICT . . . . . No refiere  
 Angina. . . . . No refiere  
 IAM . . . . . No refiere  
 ICR . . . . . No refiere  
 Enf. Endocrina. . No refiere  
 Enf. Renal. . . . No refiere  
 Enf. Vascular . . No refiere  
 Dislipidemia. . . No refiere  
 Retinopatía . . . No refiere  
 Epoc. . . . . No refiere  
 Asma. . . . . No refiere  
 Tbc . . . . . No refiere  
 Traumas . . . . . No refiere  
 Cardiopatías: . . No refiere  
 Epilepsia: . . . . No refiere

PATOLOGICOS: . . . NIEGA

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS:**

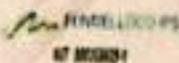
GESTAS: . . . 0  
 PARTOS: . . . 0  
 ABORTOS: . . . 0  
 CESAREAS: . . . 0  
 VIVOS: . . . 0  
 MUERTOS: . . . 0  
 MORTINATOS: . . 0  
 MOLAS: . . . . . 0  
 ECTOPICOS: . . . . . 0  
 VAGINALES: . . . . . 0  
 GEMELARES: . . . . . 0  
 ULTIMO PREVIO PESO: . . . . 0  
 MUERTOS 1ER SEMESTRE: . . . . 0  
 MUERTOS DESPUES 1ER SEMESTRE: 0  
 VIVEN: . . . . . 0  
 FIN EMBARAZO ANTERIOR: . . . . 0  
 MENOS DE 1 AÑO, MAS DE 5 AÑOS: 0  
 EMBARAZO PLANEADO/DESEADO: . 0  
 GESTAS MULTIPLES: . . . . . 0  
 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA: 0  
 PLACENTA PREVIA: . . . . . 0  
 COMPLIC. EMBARAZO ANTERIORES. 0  
 PREECLAMPSIA ECLAMPSIA: . . . . 0

**ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:**

MENARQUIAS: . . . . . 12  
 SEXARQUIA: . . . . . 15  
 NO DE COMPAÑEROS: . . . . . 1  
 FECHA ULTIMA MENSTRUACION: . NO RECUERDA  
 CICLOS MENSTRUALES: . . . . . IRREGULARES  
 METODO PLANIFICACION FLIAR: AMPOLLA  
 FRACASO MÉTODO ANTICONCEP: NO  
 FECHA ULTIMA CITOLOGIA: . . NO RECUERDA  
 RESULTADO CITOLOGIA: . . . . NO RECUERDA  
 EX HAMA/FECHA/RESULTADO . . NO  
 HABITOS SEXUALES: . . . . . NO

**GESTACION ACTUAL:**

PESO ANTERIOR: . . . . . 99  
 TALLA: . . . . . 171



**FUNMELLOCO IPS**  
 código de habilitación 2707301041-01 nit: 900359029-1  
 Dir. BARRIO LAS PALMERAS Tel. 3134009355.  
**HISTORIA CLINICA MATERNA.**

Folio No: 90760

Admission No: 0

paciente: **LEMON ARIAS SUANNY KARINA**  
 Identificación: **CC1077475693**  
 no historia: **1077475693**  
 empresa: **CONFACHOCO EPS S.**

sexo: **Femenino**  
 edad: **25 Años 3 Meses**  
 fec. naci: **09/08/1997**

FECHA ATENCION: 01/12/2022 09:54 a. m.

telefono: **3207780807**  
 municipio: **BAGADO**  
 direccion: **la candelaria**

**Z349-SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO**

FUM: . . . . . 13/08/2022  
 FFP: . . . . . 20/05/2023  
 EG.CONFIABLE POR: FUM . . . . . SI  
 ANTITETANICA: . . . . . SE DIRECCIONA A VACUNACION  
 ANTITETANICA 1a DOSIS (mes) . . . . . SE DIRECCIONA A VACUNACION  
 ANTITETANICA 2a DOSIS (mes) . . . . . SE DIRECCIONA A VACUNACION  
 ANTIRUBEOLA: . . . . . SE DIRECCIONA A VACUNACION  
 OTRAS VACUNAS . . . . . SE DIRECCIONA A VACUNACION  
 EXAMEN ODONTOLOGICO NORMAL: . . . . . SE DIRECCIONA A ODONTOLOGIA  
 EXAMEN MAMAS NORMAL: . . . . . SI  
 EXAMEN CERVIX NORMAL: . . . . . SI  
 CITOLOGIA: . . . . . SI  
 VIH Consejería: . . . . . SI  
 VIH Solicitado: . . . . . SI  
 PRUEBA TREPONEMICA <20 SEM: . . . . . SI  
 SIFILIS CONFIRMADA POR FTA: . . . . . NO  
 HB < 20 SEM: . . . . . SI  
 AGSHB: . . . . . SI  
 IGG TOXOPLASMA: . . . . . SI  
 IGG RUBEOLA: . . . . . SI  
 PRUEBA TREPONEMICA SOLICITADA: SI  
 AgSHB SOLICITADO: . . . . . SI  
 UROCULTIVO SOLICITADO . . . . . SI  
 DyG FLUJO VAGINAL SOLICITADO. SI  
 VERSION CEFALICA EXT. INTENTO A TERMINO: . INDEFINIDA  
 VAL. OTRAS ESPECIALIDADES: . . GINECOLOGIA  
 FE: . . . . . SI  
 FOLATOS: . . . . . SI  
 CALCIO: . . . . . SI  
 SENSIBILIDAD: . . . . . NO

**FACTORES DE RIESGO SALUD MENTAL:**

Sospecha de Maltrato Físico:	NO REFIERE
Sospecha de Violencia Sexual	NO REFIERE
Sospecha de Violencia Intrafamiliar:	NO REFIERE
Conducta Agresiva o Violenta:	NO REFIERE
Sintomatología Depresiva:	NO REFIERE
Sintomatología de Ansiedad:	NO REFIERE
Ideas o Intento de Suicidio:	NO REFIERE
Consumo de Alcohol Sustancias Psicoactivas:	NO REFIERE
Pensamientos o Ideas Incoherentes:	NO REFIERE
Victima de Desplazamiento	NO REFIERE

**AGUDEZA VISUAL:**

	<b>OJO IZQUIERDO</b>	<b>OJO DERECHO</b>
Vision Lejana	20	20
Vision Cercana	20	20
Agudeza Visual Lejana:	Menor o igual a 20/20 normal	Menor o igual a 20/20 normal
Observaciones:		
Conducta:		
Vision Lejana	20	20
Vision Cercana	20	20
Agudeza Visual Lejana:	Menor o igual a 20/20 normal	Menor o igual a 20/20 normal
Observaciones:		
Conducta:		





**FUNDACIÓN UNIONVIDA "FUNVIDA"**  
 código de habilitación 270010077002 nit: 900520293-7  
 Dir. CRA 2 No. 26-20 Barrio Roma Y CRA 6 N° 32-19 Tel. 6707834-6719091.  
**EVOLUCION URGENCIAS:**

Foto No: 2211035

paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
 Identificación: CC1077475693  
 no historia: 1077475693  
 empresa: CONFACHOCO EPSC CONTRIBU  
 O210-HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE

e.civil: edad: 25 Años 3 Meses  
 sexo: Femenino  
 fec. naci: 09/08/1997

No Admisión: 666770  
 FECHA ATENCION: 06/12/2022 11:56 a. m.  
 telefono: 3232421526  
 municipio: QUITBOO  
 direccion: BAGADO

**DATOS DEL ACOMPAÑANTE:**

NOMBRE: YULENNY ARIAS DIRECCION: BAGADO  
 TELEFONO: 3232421526 PARENTESCO: MADRE

**ENFOQUE DIFERENCIAL:**

BARRIO: . . . . . BAGADO ZONA: URBANA DIRECCION: BAGADO  
 NIVEL EDUCATIVO: VIC CONFLICTO ARMADO: .No DESEMPLEADO: . . . No.  
 NIVEL EDUCATIVO: VIC CONFLICTO ARMADO: .No DESEMPLEADO: . . . No  
 ORIENT SEXUAL: . No Refiere DESPLAZADO: . . . . .No CARCELARIO: . . . . .No  
 RELIGION: . . . . . VIC MALTRATO: . . . . .No MIGRANTE: . . . . .No  
 DISCAPACIDAD: . . . . . ABANDONO SOCIAL: . . . . .No TRABAJADORA SEXUAL: No  
 GESTACION: . . . . . No DESESCOLARIZADO: . . . . .No POBLACION LGTBI: . . . No  
 MINAS ANTI PERSONAS: . . . . .  
 MUSE-MUNICION SIN EXPLOTAR: . . . . .  
 RUV-REGISTRO UNICO VICTINA: . . . . .  
 HABITANTE DE CALLE: . . . . . No  
 ORIENT SEXUAL: . No Refiere  
 OCUPACION: . . . . . No se tiene Informacion  
 ETNIA: . . . . . Negro(a) Mulato(a) Afrocolombiano(a)

**EVOLUCION:**

VALORACION GINECOLOGIA  
 06.12.2022

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE DE BAGADO, AMA DE CASA

G1P0A0A0V0

1. EMBARAZO DEBSS POR ECO DEL I TRIMESTRE
2. HIPEREMESIS GRAVIDICA
3. INFECCION DE VIAS URINARIA

REFIERE TOLERO ADECAUDAMENTE LA VA ORAL, MEJORA DE LA EPIGASTRALGIA, CONTINUA CON SIALORREA

**AL EXAMEN FISICO:**

PACIENTE ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA CONCIENTE ORIENTADA TRANQUILA  
 C/C NORMAL  
 CARDIOPULMONAR RSCRS Y SIN SOPLOS, MV CONSERVADO, SIN AGREGADO  
 ABDOMEN GLOBOSO, UTERO GRAVIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR A LA PALPACION NO MASAS NI MEGALIAS  
 GU NO EVALUADO  
 EXTREMIDADES COMPLETAS.

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD, CON HIPEREMESIS GRAVIDICA, INFECCION DE VIAS URINARIAS CON MEJORIA CLINICA, SIN NUEVOS EPISODIOS DE VOMITO STABLE HEMODINAMICAMENTE, UROCULTIVO NEGATIVO. TOLERANDO LA VIA ORAL, POR LO QUE SE DA SALIDA CON INSTRUCCIONES DE DE SIGNOS DE ALARMA, CITA DE CONTROL GINECOLOGIA EN 10 DIAS, ORDEN DE ECOGRAFIA DE TAMIZACION, SE EXPLICA A PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR

**SIGNOS VITALES**

FREC CARDIACA: . . . . .80 Latidos por Min.  
 FREC RESPIRATORIA: .17 Resp. por Min.  
 TENSION ART: . . . . .120/63 mmHg  
 PRESSION ART. MEDIA: .82  
 SAT. DE OXIGENO: . . . . .99 %  
 PESO: . . . . .67.0 Klg.  
 TALLA: . . . . .160.0 cm.  
 IMC: . . . . .26.2

**DIAGNOSTICO:**

O210: HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE  
 TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresion Diagnostica



**COMFACHOCO IPS**  
Codigo de habilitacion 270010007102    NIL: 891600091-1  
Dir. Carrera 4 No. 29-57 Tel. (4) 6709802.  
**HISTORIA CLINICA GINECOLOGIA.**

Folio No: 1926279  
PACIENTE: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA    E.CIVIL:    FECHA ATENCION: 11/01/2023 12:23 p. m.  
IDENTIFICACION: OC1077475693    EDAD: 25 Años 5 Meses  
No HISTORIA: 1077475693    SEXO: Femenino    TELEFONO: 0  
EMPRESA: COMFACHOCO CONTRIBUTIVO    FEC. NAC: 09/08/1997    MUNICIPIO: BAGADO  
DIAGNOSTICO: Z359-SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. SIN OTRA ESPECIFI    DIRECCION: Sin Datos

**MOTIVO DE CONSULTA:**  
ATENCIÓN CON PROTOCOLOS DE PANDEMIA SARCov2/COVID 19, UTILIZACION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PACIENTE UTILIZA MASCARILLA.

**VALORACION G-O**  
NO HA INICIADO CPN

**ENFERMEDAD ACTUAL:**  
24 AÑOS

PROCEDENTE DE BAGADO  
BARRIO LA CANDELARIA  
ESCOLARIDAD TRABAJO SOCIAL  
LABORA EN FUNDACION DE ICBF.  
UNION LIBRE.

GS: A POSITIVO.

G1P0  
FUR 26.10.2022

ECDGRAFIAS:  
27.12.2022 EMB DE 11.4 SEM, BAJO RIESGO DE ANEUPLODIAS POR ECO, A HOY 13.5 SEM, FPP 14.07.2022.

PARACLINICOS  
09.12.2022  
TSH 0.71

**ANTECEDENTES.**  
FAT: MIGRAÑA, GASTRITIS  
QX: NIEGA  
ALERGIAS: NIEGA  
G-O: CPN: NO , VACUNACION NO

**RXS:**  
REFIERE EPIGASTRALAGIAS, VOMITOS, QUE HAN AMERITADO HOSPITALIZACION, RECIBE PLURIAMIN 4 TBA DIARIA NIEGA PERDIDAS VAGINALES, NIEGA SANGRADO.  
RECIBE SILIAC MAMÁ

**EF:**  
BEG.  
PESO 68.5 KG, TALLA 1.58, IMC 27.5  
T/A 110/70, FC 84 POR MIN, FR 18 POR MIN.  
C/P RUIDOS CARDIORRESPIRATORIOS CONSERVADOS.  
ABDOMEN: NO AU  
GU TY SE OMITE EN EL MOMENTO  
EXT: SIMETRICAS, SIN EDEMAS.

**IDX**  
G1P0  
EMBARAZO DE 13.5 SEM  
VOMITOS DEL EMBRAZO.  
SOBREPESO.  
NO INICIO DE CPN  
ARO POR DX ANOTADOS



**COMFACHOCO IPS**  
codigo de habilitacion 270010007102 Nit: 891600091-1  
Dir. Carrera 4 No. 29-57 Tel. (4) 6709802.  
**HISTORIA CLINICA GINECOLOGIA.**

Folio No: 1926279		
PACIENTE: LEMOS ARIAS SUJANNY KARINA	E CIVIL:	FECHA ATENCION: 11/01/2023 12:23 p. m.
IDENTIFICACION: CC1077475693	EDAD: 25 Años 5 Meses	
No HISTORIA: 1077475693	SEXO: Femenino	TELEFONO: 0
EMPRESA: COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.	FECH. NAC: 09/08/1997	MUNICIPIO: BAGADÓ
DIAGNOSTICO: Z359-SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. SIN OTRA ESPECIFI		DIRECCION: Sin Datos

**ANALISIS Y PLAN**  
PTE CON HC Y DX ANOTADOS QUE CONDICIONA ARO.  
HEMODYNAMICAMENTE ESTABLE, SIN INICIO DE CPN, HA PRESENTADO VOMITOS DEL EMBARAZO AQUE HAN AMERITADO HOSPITALIZACION, TIENE UNA TSH NORMAL.  
ECO CIST +TN NORMAL

1. SS CH, HIV, SEROLOGIA, AGSHB, TREPONEMA PALLIDUM, GLICEMIA, TOKO IGG-IGM, RUBEOLA IGG-I3M, CITOMEGALOVIRUS IGG-IGM, SEROLOGIA PARA CHAGAS, HPTO, HEMOCLASIFICACION, UROANALISIS, FPV.
2. SS CITA G-O CON RESULTADOS.

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE CONSUMO DE MICRONUTRIENTES, ASISTENCIA DE CONTROL PRENATAL.

RECOMENDACIONES GENERALES Y SEÑALES DE ALARMA: COMO VER LUCECITAS, ESCUCHAR PITICOS, ARDOR FUERTE EN LA BOCA DEL ESTOMAGO, CEFALEA, QUE NO CEDE CON EL ACETAMINOFEM, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, MANOS Y CARAS, DISMINUCION DE LOS MOVIMIENTOS FETALES DEACUERDO A SU PATRON NORMAL, DOLOR PELVICÓ TIPO COLICO, IRRADIADO A ESPALDA, 3 VECES EN UN 10 MIN Y PROGRESIVO EN INTENSIDAD, SALIDA DE LIQUIDO O SANGRADO POR VAGINA. DIFICULTAD RESPIRATORIA.  
MANIFIESTA ENTENDER Y ACEPTA.

**DIAGNOSTICO:**

Z359: SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. SIN OTRA ESPECIFICACION

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresion Diagnostica

--

MEDICO: JORDAN CORDOBA HUSDIOLA  
ESPECIALIDAD: GINECOBSTERICIA  
REG MEDICO: 35604832

**FORMULACION MEDICAMENTOS URGENCIAS.**

**PACIENTE:** LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
**No HISTORIA:** 1077475693  
**IDENTIFICACION:** CC1077475693  
**EMPRESA:** COMFACHOCO EPS C.  
**REGIMEN:** Subsidiado

**EDAD:** 25 Años 5 Meses  
**SEXO:** Femenino  
**FEC. NAC:** 09/08/1997  
**FECHA:** 04/02/2023 03:45 p. m

Folio No: 29626  
 Admision No: 52343  
**TELEFONO:** 3207780807  
**MUNICIPIO:** BAGADÓ  
**DIRECCION:** LA CANDELARIA

**DIAGNOSTICO:**

0000-EMBARAZO ABDOMINAL  
 N300-CISTITIS AGUDA

No	Codigo	Descripcion.	Cant	Entregad.	Duracion T
1	17587-01	Ampicilina anhidra o trihidrato 500 mg (Tabletas ) DOSIFICAION: CADA 8 VIA: ORAL	20-Veinte		7
2	GG4AN010141	Nitrofurantolna 50 mg (Tabletas ) VIA: ORAL	20-Veinte		7
3	43334-03	Ibuprofeno 400 mg (Tabletas ) VIA: ORAL	20-Veinte		5

*Dr. Federman Atilio*  
 Médico

**PROFESIONAL:** BENAVIDES ANGULO FEDERMAN ATILIO  
**REG MEDICO:** 72256771

Pagina No: 1

Firma Paciente:

Dispensador:

Fecha Impresion: 04/02/2023

InfoSalud Net

11/05/2023



**COMFACHOCO IPS**

Código de habilitación 270010007102 nit: 891600091-1

Dir. Carrera 4 No. 29-57 Tel. (4) 6709802.

**HISTORIA CLINICA-URGENCIAS.**

folio No: 1947191

Paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
Identificación: CC1077475693  
No historia: 1077475693  
Empresa: COMFACHOCO EPS S.  
Regimen: Subsidado

e.civil: Soltero(a)  
edad: 25 Años 6 Meses  
sexo: Femenino  
fec. nac: 09/06/1997

Admisión No: 650806

FECHA.ATENCIÓN: 09/02/2023 07:48 a. m.

Teléfono: 3207780907  
Municipio: BAGADÓ  
Dirección: BARRIO MEDRANO

DX: O200-AMENAZA DE ABORTO

1 881431

ECOGRAFIA ORSTETRICA

1

AMBULATORIA



profesional: RENTERIA VIDAL YUSSY JOHANNA  
especialidad: MEDICINA GENERAL  
registro: 1143374148



**COMFACHOCO IPS**  
 Codigo de habilitacion 270010007102 nit: 891600091-1  
 Dir. Carrera 4 No. 29-57 Tel. (4) 6709802.  
**HISTORIA CLINICA-URGENCIAS.**

folio No: 1947191  
 Paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
 Identificacion: CCI077475693  
 No historia: 1077475693  
 Empresa: COMFACHOCO EPS S.  
 Regimen: Subsidiado  
 DX: O200-AMENAZA DE ABORTO

e.civil: Soltero(a)  
 edad: 25 Años 6 Meses  
 sexo: Femenino  
 fec. nac: 09/08/1997

Admision No: 650808  
 FECHA ATENCION: 09/02/2023 07:48 a. m.  
 Telefono: 3207790807  
 Municipio: BAGADÓ  
 Direccion: BARRIO MEDRANO

**TIPO DE PRIORIDAD**

PRIORIDAD..

**DATOS DEL ACOMPAÑANTE:**

NOMBRE: NO REPIERE DIRECCION: NO REPIERE  
 TELEFONO: NO REPIERE PARENTESCO:

**ENFOQUE DIFERENCIAL:**

BARRIO: . . . . MEDRANO ZONA: URBANA DIRECCION: BARRIO MEDRANO  
 NIVEL EDUCATIVO: No definido VIC CONFLICTO ARMADO: .No DESEMPLEADO: . . . No  
 NIVEL EDUCATIVO: No definido VIC CONFLICTO ARMADO: .No DESEMPLEADO: . . . No  
 ORIENT SEXUAL: . No Refiere DESPLAZADO: . . . . .No CARCELARIO: . . . . .No  
 RELIGION: . . . . Otra VIC.MALTRATO: . . . . .No MIGRANTE: . . . . .No  
 GESTACION: . . . . No DESESCOLARIZADO: . . .No POBLACION LGTBI: . . No  
 MINAS ANTI PERSONAS: . . . . .  
 HOSE-MUNICION SIN EXPLOTAR: . .  
 RUV-REGISTRO UNICO VICTIMA: . .  
 HABITANTE DE CALLE: . . . . . No  
 ORIENT SEXUAL: . No Refiere  
 OCUPACION: . . . No se tiene Informacion  
 ETNIA: . . . . Negro(a) Mulato(a) Afrocolombiano(a)

**MOTIVO DE CONSULTA:**

"ESTOY SANGRANDO"

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

ATENCION CON PROTOCOLOS DE PANDEMIA SARCOV2/COVID 19, UTILIZACION DE ELEMETOS DE PROTECCION PERSONAL, PACIENTE UTILIZA MASCARILLA.

24 AÑOS

PROCEDENTE DE BAGADO  
 BARRIO LA CANDELARIA  
 ESCOLARIDAD TRABAJO SOCIAL  
 LABORA EN FUNDACION DE ICBF.  
 UNION LIBRE.

GS: A POSITIVO.

G1P0  
 FUR 26.10.2022

ECOGRAFIAS:  
 27.12.2022 EMB DE 11.4 SEM, BAJO RIESGO DE ANEUPLODIAS POR ECO, A HOY 16+7 SEM, FPP 14.07.2022.

PARACLINICOS  
 09.12.2022  
 TSH 0.71

**ANTECEDENTES:**

PAT: MIGRAÑA, GASTRITIS  
 QX: NIEGA  
 ALERGIAS: NIEGA  
 G-O: CPN: NO , VACUNACION NO

\*G1P0, CON EMBARAZO DE 16+7 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL 27/12/22 A LA SEMANA 11+4, ACUDE POR CUADRO DE 1 DIA CON SANGRADO VAGINAL ESCASO ASOCIADO A DOLOR PELVICO.



**HISTORIA CLINICA-URGENCIAS.**

Foto No: 1947191  
 Paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
 Identificacion: CC1077475693  
 No historia: 1077475693  
 Empresa: COMFACHOCO EPS S.  
 Regimen: Subsidiado  
 DX: O200-AMENAZA DE ABORTO

u.civil: Soltero(a)  
 edad: 25 Años 6 Meses  
 sexo: Femenino  
 fec. naci: 09/08/1997

Admision No: 650808  
 FECHA ATENCION: 09/02/2023 07:48 a. m.  
 Telefono: 3207780607  
 Municipio: BAGADÓ  
 Direccion: BARRIO MEDRANO

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

FACTOR RR: No refiere  
 HTA: . . . . . No refiere  
 OBESIDAD: . . . . . No refiere  
 DIABETES: . . . . . No refiere  
 DISCAPACIDAD: . . . . . No refiere  
 Consumo de SPA: . . . . . No refiere  
 Enf. Mental: . . . . . No refiere  
 Fumador: . . . . . No refiere  
 Exp. al Humo: . . . . . No refiere  
 Alcoholismo: . . . . . No refiere  
 Aler. Medicamento No refiere  
 E. Cardiovascular. No refiere  
 ICC ICT . . . . . No refiere  
 Angina. . . . . No refiere  
 IAM . . . . . No refiere  
 ICR . . . . . No refiere  
 Enf. Endocrina. . . . . No refiere  
 Enf. Renal. . . . . No refiere  
 Enf. Vascular . . . . . No refiere  
 Dislipidemia. . . . . No refiere  
 Retinopatia . . . . . No refiere  
 Epoc. . . . . No refiere  
 Asma. . . . . No refiere  
 Tbc . . . . . No refiere  
 Traumas . . . . . No refiere  
 Ca Gastrico . . . . . No refiere  
 Cardiopatias: . . . . . No refiere  
 Epilepsia: . . . . . No refiere  
 Osteoporosis: . . . . . No refiere  
 Hipotiroidismo: . . . . . No refiere

**REVISION POR SISTEMA**

No refiere.  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFARINGE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 ORG. DE LOS SENTIDOS: No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO(ESQUELETICO): No Refiere  
 HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere  
 ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
 UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . . No Refiere

**SIGNOS VITALES**

FREC CARDIACA: . . . . . 92 Latidos por Min.  
 FREC RESPIRATORIA: . . . . . 19 Resp. por Min.  
 TEMPERATURA: . . . . . 36.5 C.  
 TENSION ART: . . . . . 112/62 mmHg  
 PRESION ART. MEDIA: .79  
 SAT. DE OXIGENO: . . . . . 98 %  
 PESO: . . . . . 75 Klg.  
 TALLA: . . . . . 157 cm.



**COMFACHOCO IPS**  
 Código de habilitación 270010007102 nit: 891600091-1  
 Dir. Carrera 4 No. 29-57 Tel. (4) 6709802.  
**HISTORIA CLINICA-URGENCIAS.**

Folio No: 1947191

Paciente: LEMOS ARIAS SJANNY KARINA  
 Identificación: CC1077475693  
 No historia: 1077475693  
 Empresa: COMFACHOCO EPS S.  
 Régimen: Subsidiado.  
 DX: O200-AMENAZA DE ABORTO  
 INC: . . . . .30.4

e.civil: Soltero(a)  
 edad: 25 Años 6 Meses  
 sexo: Femenino  
 fec. naci: 09/08/1997

Admisión No: 650808  
 FECHA ATENCION: 09/02/2023 07:48 a. m.  
 Teléfono: 3207780807  
 Municipio: BAGADÓ  
 Dirección: BARRIO MEDRANO

**EXAMEN FISICO:**

**ASPECTO GENERAL:** CONCIENTE ORIENTADO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES  
**SINTOMATICO DE PIEL:** No  
**SINTOMATICO RESPIRATORIO:** No  
**SINDROME FEBRIL:** No  
**SINTOMATICO NERV. PERIF.:** NO  
**CABEZA:** NORMOCEFALO  
**OJOS:** PUPILAS ISOCIRCAS NORMATIVAS A LA LUZ  
**NARIS:** SIN ALTERACION  
**BOCA:** MUCOSA ORAL HUMEDA  
**CUELLO:** MOVIL NO MASAS NI ADENOPATIAS PALPABLES  
**TORAX:** SIMETRICOS EXPANSIBLE SIN TIRAJES  
**PULMONAR:** MURNULLO VESICULAR UNIVERSAL SIN AGREGADOS  
**CARDIOVASCULAR:** MUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS,  
**ABDOMEN:** UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO, NO DOLOROSO A LA PALPACION  
**EXTREMIDADES:** SIMESTRICAS EUTROFICAS NO EDEMAS PULSOS DISTALES PRESENTE  
**SISTEMA GENITOURINARIO:** TV CUELLO POSTERIOR CERRADO, LARGO DURO, ESTIGMA DE SANGRADO  
**NEUROLOGICO:** SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE GLASGOW 15/15  
**PIEL:** SIN LESIONES

**DIAGNOSTICO:**

O200: AMENAZA DE ABORTO

TIPO DE DIAGNOSTICO: Confirmado Nuevo

OBSERVACIONES: PRIMIGESTANTE CON EMBARAZO DE 17+6 SEMANAS POR ECOGRAFIA CURSANDO CON AMENAZA DE ABORTO, AL MOMENTO TRANQUILA, REMODIACIAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS, AL EXAMEN FISICO ABD NO DOLOROSO A LA PALPACION, TV CON CUELLO POSTERIOR LARGO, CONESTIGMA DE SANGRADO, SE INGRESA PARA MANEJO DEL DOLOR CON POSTERIOR EGRESO CON FORMULACION MEDICA, ORDEN DE ECOGRAFIA OBSTETRICA AMBULATORIA Y SEG POR LA CONSULTA EXTERNA

**RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**

**TRATAMIENTO**

HIOSCINA DILUIDA EN LEV  
 EGRESO POSTERIOR

**FORMULA MEDICA**

No	CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION
1	20139178	Hioscina H butil bromuro 20 mg/ml (Sol Inyectable ) DOSIFICACION: EN LEV VIA: IVV	1-Uno	1
2	19932754	Sodio cloruro ss 0.9 bolsa x 100 ml 100 ml (Sol Inyec ) DOSIFICACION: DILUIR CON MEDICACION VIA: IVV	1-Uno	1

**ORDEN MEDICA**

No	CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION
----	--------	--------------	-----------	----------



Caja de Compensación Familiar del Chocó, COMFACHOCO

NIT: 891 600 091 - 8

ECOGRAFIA OBSTETRICA

FECHA: 13/02/2023

Nombre: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA	Edad: 25 años
No identificación: 1077475693	Entidad: COMFACHOCO
FLM:	Edad Gestacional: 18.3 SEM
Indicación: SUPERVISIÓN DE EMBARAZO	

SE REALIZA ECOGRAFIA BAJO PROTOCOLO DE PANDEMIA SARS-COV2/COVID19. CON TODOS LOS ELEMENTOS DFE PROTECCION PERSONAL, POR PARTE DEL PACIENTE ASISTENCIAL Y LA PACIENTE UTILIZA MASCARILLA

FETO:

- Único vivo presentación y situación cambiante.
- Actividad cardíaca visible y regular con modo B, frecuencia cardíaca fetal con modo M y Doppler Color: 159
- Latidos por minuto.

EVALUACIÓN PLACENTARIA Y CORDÓN UMBILICAL:

- Placenta ANTERIOR de inserción normal Grado I de maduración. Con grosor 17 mm
- Cordón umbilical de tres vasos con implantación normal

MEDICIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO:

- Evaluación Cualitativa: Cantidad NORMAL: BMV: 4.0 CMY

BIOMETRIA FETAL:

Parámetros	mm	Semanas	Parámetros	mm	Semanas
• RPD	37	17.2	• CC	144	17.5
• CA	125	18.1	• LF	28	18.5

PESO ESTIMADO FETAL 234 GRAMOS - PERCENTIL 34

OPINION:

- EMBARAZO 18.2 SEMANAS +/-2 Sem POR BIOMETRIA
- BIENESTAR FETAL CONSERVADO EN EL MOMENTO DEL EXAMEN.

DRA. SARA ROSA GOMEZ PARRA

GINECOLOGA-OBSTETRA.

Dra. Sara Gómez Parra  
Ginecología y Obstetricia  
Especialidad - Parvixulo Cervical  
R.M. 67026142  
115J - FUCS

# IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL CHOCO SAS

NIT 900192324

Código 230010034204

DR. VICTOR ALONSO KLINGER LOZANO R.M. NAL 27808-6

Médico General

Fundación Universitaria San Martín de Barranquilla

Especialista en Diagnóstico por Imagen - Radiología

Sociedad Argentina de Radiología

Universidad de Buenos Aires

Teléfono: 310 28 39

Móvil: 310 7548 3114

San José Chocó

idc@imdg.com.co

## ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL

**NOMBRE:** SUANNY KARINA LEMOS ARIAS

**EDAD:** 25 AÑOS

**SEXO:** FEMENINO

**HISTORIA:** 219381- 1077475693

**FECHA:** 2023-11-23

**ENTIDAD:** COMFACHOCO

*Se realiza atención con los protocolos de bioseguridad la pandemia sarscov2/covid19, utilizando todos los elementos de protección personal. Los pacientes usan mascarilla.*

*Útero aumentado de tamaño por la presencia de embarazo con feto único, vivo, en presentación cefálica, situación longitudinal, dorso anterior derecha. Movimientos corporales activos y tono normal. Frecuencia cardíaca positiva de 147 lpm.*

*Placenta de inserción corporal, anterior espesor de 2.19cm, grado I/III. No se observaron desprendimientos o hematomas retroplacentarios.*

*Líquido amniótico de aspecto y cantidad normales: 12.43 cm.*

*Cordón umbilical dos arterias y una vena*

*Bienestar fetal satisfactorio en la actualidad.*

*No se observan alteraciones fetales mayores.*

*situs solitus.*

### BIOMETRÍA FETAL

*DBP: 4.56 cms, que corresponde con 19 semanas 5 días.*

*HC: 16.90 cms, que corresponde con 19 semanas 4 días.*

*CA: 14.00 cms, que corresponde con 19 semanas 3 días.*

*LF: 3.40 cms, que corresponde con 20 semanas 5 días.*

*Peso fetal estimado 322.23g±47.05g gramos.*

*FPP: 14-07-2023*

### OPINIÓN:

**EMBARAZO DE 19 SEMANAS 6 DÍAS POR BIOMETRÍA FETAL.**

**FETO ÚNICO VIVO.**

  
Dr. Victor Alonso Klinger Lozano  
Médico General  
Municipio de San José Chocó  
Departamento de Antioquia





**COMFACHOCO IPS**

codigo de habilitacion 270010007102 Nit: 891600091-1

Dir. Carrera 4 No. 29-57 Tel. (4) 6709802.

**ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.**

**PACIENTE:** LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
**No HISTORIA:** 1077475693  
**IDENTIFICACION:** CC1077475693  
**EMPRESA:** COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.  
**REGIMEN:** Contributivo

**EDAD:** 25 Años 6 Meses  
**SEXO:** Femenino  
**FEC. NAC:** 09/08/1997  
**FECHA:** 21/02/2023 10:07 a. m

**Folio No:** 664600  
**Admision No:** 1089047  
**TELEFONO:** 3207780807  
**MUNICIPIO:** BAGADÓ  
**DIRECCION:** BARRIO MEDRANO

**DIAGNOSTICOS:**

Z359-SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. SIN OTRA ESPECIFICACION  
O208-OTRAS HEMORRAGIAS PRECOCES DEL EMBARAZO

No	Codigo	Descripcion	Cant	Observaciones
1		ECOGRAFIA OBSTETRICA PRIORITARIA	1	

*Dr. Mosquera Perea*

**MEDICO:** MOSQUERA PEREA TAMARA LILEYA

**FIRMA DEL PACIENTE:**

**REG MEDICO:** 271249

**Página No:** 1

**Fecha Impresión:** 21/02/2023

**InfoConsultaNet**





**HISTORIA MEDICA BASICA.**

Folio No: 1957508	Admision No: 1090068
Paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA	e.civil: Soltero(a)
Identificacion: CC1077475693	edad: 25 Años 6 Meses
No historia: 1077475693	sexo: Femenino
Empresa: COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.	fec. nec.: 09/08/1997
Regimen: Contributivo	Telefono: 3207780807
R012-OTROS SONIDOS CARDIACOS	Municipio: BAGADÓ
	Direccion: BARRIO MEDRANO
FECHA ATENCION: 23/02/2023 03:53 a. m.	

Dr. Ithier E. Palacios M.  
 Médico General  
 UAN  
 RM: 271347

profesional:	PALACIOS MORENO ITHIER EDDILGAR
especialidad:	MEDICINA GENERAL
registro:	271347

**HISTORIA MEDICA BASICA.**

Folio No: 1957508	Admisión No: 1090068	
Paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA	e.civil: Soltero(a)	FECHA ATENCION: 23/02/2023 03:53 a. m.
Identificación: CC1077475693	edad: 25 Años 6 Meses	
No historia: 1077475693	sexo: Femenino	Telefono: 3207790807
Empresa: COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.	fec. nac.: 09/06/1997	Municipio: BAGADÓ
Regimen: Contributivo		Dirección: BARRIO MEDRANO

R012-OTROS SONIDOS CARDIACOS

**HISTORIA MEDICA BASICA.**

SE REALIZA ATENCION CON PROTOCOLO DE PANDEMIA SARCOV2/COVID 19, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. PACIENTE USA MASCARILLA.

BARRIO: LA CANDELARIA

ESCOLARIDAD: UNIVERSIDAD

OCUPACION: LABORATORISTA

PACIENTE QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 1 DIA EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL INTENSIDAD FUERTE EN HEMIABDOMEN INFERIOR TIPO CONTRACCION, SIN ASOCIADO, LA CUAL HACE 3 DIAS FUE VALORADA POR SANGRADO GENITAL Y DOLOR ABDOMINAL, DONDE SE LE REALIZO PARACLINICOS DE PARACIAL DE ORINA Y FROTIS VAGINAL, DONDE EVIDENCIO AMBOS SUGESTIVOS DE INFECCION, Y DONDE SE LE DIO MANEJO CON OVULOS DE METRONIDAZOL, Y CEFLAEXINA EL DIA 21-02-2023  
REFIRE NO CEFALEA, NO FIEBRE, NOMBREGO, NO TINITUS.

**ANTECEDENTES**

G1P0A0V0

**ECOGRAFIA:**

- 27-12-2022: 11.4 SEMANAS === HOY 19.6 SEMANAS

- 13-02-2023: 18.2 SEMANAS === HOY 19.5 SEMANAS

PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, ALGIDA, TA120/70, FC90, FR18, T36.5

CC: MUCOSA ORAL HUMEDA

CP: RUIDOS CRADIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, MVC SIN AGREGADOS

ABD: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, AU16CM, FCF: NO AUSCULTO POR POSIBLE EMBARAZO TEMPRANO, DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

GU: TV: NT/NE, CUELLO POSTERIOR CERRADO, BLANDO, LARGO, NO SE EVIDENCIA SANGRADO

EXT: UTROFICAS

NEU: SIN DEFICIT

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON EMBARAZO DE 19.6 SEMANAS, CON DOLOR ABDOMINAL, EN MANEJO MEDICO AMBULATORIO PARA INFECCION URINARIA Y VAGINOSIS BACTERIANA, CON POSIBLE AMENAZA DE ABORTO VS ABORTO, LA CUAL TIENE SOLICITADA ECOGRAFIA OBSTETRICA QUE YA SE ENCUENTRA REALIZADA, SE LE EXPLICA A PACIENTE QUE LOS PROCESOS INFECCIOSOS VAGINALES Y URINARIOS, PUEDEN CONLLEVAR A POSIBLE AMENAZA DE ABORTO Y EN MAYOR DE LOS CASOS A ABORTOS ESPONTANEOS Y QUE POR LO TANTO SE DEJA EN OBSERVACION PARA MANEJO INTRAHOSPITALARIO.  
PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA

**DIAGNOSTICO:**

R012: OTROS SONIDOS CARDIACOS

N390: INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO

O233: INFECCION DE OTRAS PARTES DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

O200: AMENAZA DE ABORTO

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresión Diagnóstica

**RECOMENDACIONES:**

OBSERVACION

NVO

SSN BOLO 500 CC

B B HIOSCINA 20 MG + DAPIRONA 2.5 GR IV

CSV - AC

POSTERIOR SALIDA SI MEJORIA CON SIGNOS DE ALARMAS, RECOMENDACIONES GENERALES, CONTINUAR TRATAMIENTO DE FORMULA MEDICA YA ENVIADA, SE AGREGA PROGESTERONA, REPOSO ABSOLUTO, INCAPACIDAD MEDICA POR 5 DIAS, Y CONTROL POR ESTE SERVICIO CUANDO TENGA REPORTE DE ECOGRAFIA OBSTETRICA YA SOLICITADA Y AUTORIZADA

# IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL CHOCO SAS

NIT 900119282-6

Código 270010054201

DR. VÍCTOR ALONSO KLINGER LOZANO RM NAL 27808-6

Médico General

Asociación Universitaria San Martín de Barranquilla

Especialista en Diagnóstico por Imagen - Radiología

Sociedad Argentina de Radiología

Universidad de Buenos Aires

Teléfono: 317 2839

317 7548304

Estado Chocó

imagenes2099@hotmail.com

## ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL

**NOMBRE:** SUANNY KARINA LEMOS ARIAS  
**EDAD:** 25 AÑOS  
**SEXO:** FEMENINO

**HISTORIA:** 219381- 1077475693  
**FECHA:** 2023 - II - 23  
**ENTIDAD:** COMFACHOCO

*Se realiza atención con los protocolos de bioseguridad la pandemia sarscov2/covid19, utilizando todos los elementos de protección personal. Los pacientes usan mascarilla.*

*Útero aumentado de tamaño por la presencia de embarazo con feto único, vivo, en presentación cefálica, situación longitudinal, dorso anterior derecho. Movimientos corporales activos y tono normal. Frecuencia cardíaca positiva de 147 lpm.*

*Placenta de inserción corporal, anterior espesor de 2.19cm, grado I/III. No se observaron desprendimientos o hematomas retroplacentarios.*

*Líquido amniótico de aspecto y cantidad normales.: 12.43 cm.*

*Cordón umbilical dos arterias y una vena*

*Bienestar fetal satisfactorio en la actualidad.*

*No se observan alteraciones fetales mayores.*

*situs solitus.*

### **BIOMETRÍA FETAL**

*DBP: 4.56 cms, que corresponde con 19 semanas 5 días.*

*HC: 16.90 cms, que corresponde con 19 semanas 4 días.*

*CA: 14.00 cms, que corresponde con 19 semanas 3 días.*

*LF: 3.40 cms, que corresponde con 20 semanas 5 días.*

*Peso fetal estimado 322.23g±47.05g gramos.*

*FPP: 14-07-2023*

### **OPINIÓN:**

**EMBARAZO DE 19 SEMANAS 6 DÍAS POR BIOMETRÍA FETAL.**

**FETO ÚNICO VIVO.**

  
Dr. Víctor Alonso Klinger Lozano  
Médico Radiólogo  
Ministerio de Salud y Bienestar Social  
2023



# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:49 a. m.

Folio No: 1959353

## INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE: COMFACHOCO IPS  
CODIGO: 270010007102  
TELEFONO: (4) 6709802

DIRECCION: Carrera 4 No. 29-57  
DEPARTAMENTO: Chocó

NIT 891600091-1

MUNICIPIO QUIBDO

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
TIPO DOCUMENTO: CC  
DIRECCION: BARRIO MEDRANO  
DEPARTAMENTO: Chocó  
ENTIDAD: COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.

FECHA NAC: 09/08/1997 25 Años 6 Meses  
No DE DOCUMENTO: CC1077475693  
TELEFONO: 3207780807  
MUNICIPIO: BAGADÓ  
CODIGO: CCFC20

## DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRE: NO REFIERE  
TIPO DOCUMENTO: Cedula de Ciudadania  
DIRECCION: NO REFIERE  
DEPARTAMENTO: depar apciente

No DE DOCUMENTO: 1077475693  
TELEFONO: NO REFIERE  
MUNICIPIO: MEDELLÍN

## PROFESSIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

NOMBRE: PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G TELEFONO: (4) 6709802  
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA: PERINATOLOGIA  
SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA: OBSTETRICIA

## INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE

### INFORMACION GENERAL:

INSTITUCION : CENTRO MEDICO CUBIS MUNICIPIO : MEDELLÍN  
ESPECIALIDAD : PRIORITARIO NIVEL : Nivel 3  
TIPO DE REMISION: URGENTE  
AREA ACTUAL DONDE SE ENCUENTRA EL PACIENTE: OBSTETRICIA  
DIAGNOSTICO PAL.: 0470 FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION  
DIAGNOSTICO REL :

### IMPRESION DIAGNOSTICA:

TRABAJO DE PARTO PREMATURO

### CAUSA DE LA REMISION:

NO CONTAMOS CON SUTURA PARA PRACTICAR CERCLAJE CERVICAL

### RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

SE REALIZA ATENCION CON PROTOCOLO DE PANDEMIA SARCOV2/COVID 19, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. PACIENTE USA MASCARILLA

### DX

HEMORRAGIA DE SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO.  
AMENAZA DE ABORTO .  
CUELLO CORTO.  
EMBARAZO DE 20 SEMANAS DE GESTACION.

### ANTECEDENTES

PATOLOGICOS NIEGA  
QUIRURGICOS NIEGA  
ALERGICOS NIEGA  
FARMACOLOGICO NIEGA  
TOXICOLOGICOS NIEGA

### EXAMEN FISICO

EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA, HIDRATADA, NO ASPECTO TOXICO.

### SIGNOS VITALES

T 116/60 FC 92 FR 20 SAT 98% T 36 GRADOS

NORMOCÉFALO SIN LESIONES.  
PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HIDRATADA.  
CUELLO MÓVIL, SIN ADENOPATÍAS  
TORAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA-  
RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS  
MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS SOBRESAgregados

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



Folio No: 1959353

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:49 a. m.

NTT 891600091-1

## INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE: COMFACHOCO IPS  
 CODIGO: 270010007102  
 TELEFONO: (4) 6709802

DIRECCION: Carrera 4 No. 29-57  
 DEPARTAMENTO: Chocó

MUNICIPIO QUIBÓ

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LEMOS ARJAS SUANNY KARINA  
 TIPO DOCUMENTO: CC  
 DIRECCION: BARRIO MEDRANO  
 DEPARTAMENTO: Chocó  
 ENTIDAD: COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.

FECHA NAC: 09/08/1997  
 No DE DOCUMENTO: CC1077475693  
 TELEFONO: 3207780807  
 MUNICIPIO: BAGADÓ  
 CODIGO: CCPC20

25 Años 6 Meses

## DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRE: NO REFIERE  
 TIPO DOCUMENTO: Cedula de Ciudadanía  
 DIRECCION: NO REFIERE  
 DEPARTAMENTO: depar apdenté

No DE DOCUMENTO: 1077475693  
 TELEFONO: NO REFIERE  
 MUNICIPIO: MEDELLÍN

## PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

NOMBRE: PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G  
 SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA: PERINATOLOGIA  
 SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA: OBSTETRICIA

TELEFONO: (4) 6709802

## INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE

ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO AU 18 FCF 145 LPM  
 TV CUELLO CORTO PERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD.  
 EXTREMIDADES, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.  
 SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE

ANALISIS. PACIENTE CON CUADRO CLINICO ANOTADO, AL EXAMEN FISICO EN APARENTE BUENAS CONDICIONES GENERALES. ALERTA.  
 HIDRATADA, AFEBRIL, ADECUADA SATURACION DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SIN AGREGADOS  
 POLMONARES. ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO AU 18 FCF 145 LPM CUELLO CORTO PERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD  
 SE INDIC AMANEJO ANALGESICO SE EL EXPLCIA LA PACIENOE ALTA PROBABILIDAD DE PERDIA DEL EMBARAZO DADO  
 INCOMPATIBILIDAD CON LA VIDA SE DEJA HOSPITALIZADA CONTINUANO VIGILANCA MEDICA ESTRITCA SOLCIO APOYO  
 EMOCIONAL.

## SIGNOS VITALES:

FREC CARDIACA: . . .65 Latidos por Min.  
 FREC RESPIRATORIA: .15 Resp. por Min.  
 TEMPERATURA: . . . .361 C.  
 TENSION ART: . . . .110/668 mmHg  
 PRESION ART. MEDIA: 482  
 SAT. DE OXIGENO: . .98 %  
 PESO: . . . . .65 Klg.  
 TALLA: . . . . .165 cm.  
 INC: . . . . .23.9

## DIAGNOSTICO:

O200: AMENAZA DE ABORTO  
 E2399: SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresion Diagnostica

## REVISION POR SISTEMA

SANGREDO VAGINAL  
 DILATAACION CERVICAL

## ANTECEDENTES PERSONALES:

RIEGA

## SIGNOS VITALES



# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:49 a. m.

Folio No: 1959353

### INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE	COMFACHOCO IPS	DIRECCION:	Carrera 4 No. 29-57	NIT	891600091-1
CODIGO	270010007102	DEPARTAMENTO	Chocó	MUNICIPIO	QUIBDO
TELEFONO	(4) 6709802				

### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	LEMON ARIAS SUANNY KARINA	FECHA NAC:	09/08/1997	Edad	25 Años 6 Meses
TIPO DOCUMENTO	CC	No DE DOCUMENTO:	CC1077475693		
DIRECCION:	BARRIO MEDRANO	TELEFONO:	3207780807		
DEPARTAMENTO:	Chocó	MUNICIPIO:	BAGADÓ		
ENTIDAD:	COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.	CODIGO:	CCFC20		

### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRE:	NO REFIERE	No DE DOCUMENTO :	1077475693
TIPO DOCUMENTO:	Cedula de Ciudadania	TELEFONO:	NO REFIERE
DIRECCION:	NO REFIERE	MUNICIPIO:	MEDELLIN
DEPARTAMENTO:	depar apdente		

### PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

NOMBRE	PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G	TELEFONO:	(4) 6709802
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA:	PERINATOLOGIA		
SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA:	OBSTETRICIA		

### INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE

#### SIGNOS VITALES:

-----

FREC CARDIACA: . . . 65 Latidos por Min.  
 FREC RESPIRATORIA: .15 Resp. por Min.  
 TEMPERATURA: . . . 36.1 C.  
 TENSION ART: . . . 110/668 mmHg  
 PRESION ART. MEDIA: 482  
 SAT. DE OXIGENO: . 98 %  
 PESO: . . . . . 65 Kg.  
 TALLA: . . . . . 165 cm.  
 IMC: . . . . . 23.9

#### EXAMEN FISICO

SE REALIZA ATENCION CON PROTOCOLO DE PANDEMIA SARS-CoV2/COVID 19, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. PACIENTE USA MASCARILLA

**DX**

HEMORRAGIA DE SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO.  
 AMENAZA DE ABORTO .  
 CUELLO CORTO.  
 EMBARAZO DE 20 SEMANAS DE GESTACION.

#### ANTECEDENTES

PATOLOGICOS NIEGA  
 QUIRURGICOS NIEGA  
 ALERGICOS NIEGA  
 FARMACOLOGICO NIEGA  
 TOXICOLOGICOS NIEGA

#### EXAMEN FISICO

EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA, HIDRATADA, NO ASPECTO TOXICO.

#### SIGNOS VITALES

T 116/60 FC 92 FR 20 SAT 98% T 36 GRADOS

NORMOCÉFALO SIN LESIONES.  
 PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS , MUCOSA ORAL HIDRATADA.  
 CUELLO MÓVIL , SIN ADENOPATIAS  
 TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA-  
 RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOBLOS  
 MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS SOBREGREGADOS  
 ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO AU 18 FCF 145 LPM  
 TV CUELLO CORTO PERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD.  
 EXTREMIDADES, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.  
 SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE



# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Folio No: 1959353

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:49 a. m.

### INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE: COMFACHOCO IPS  
CODIGO: 270010007102  
TELEFONO: (4) 6709802

DIRECCION: Carrera 4 No. 29-57  
DEPARTAMENTO: Chocó

NIT 891600091-1

MUNICIPIO QUIBDO

### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
TIPO DOCUMENTO: CC  
DIRECCION: BARRIO MEDRANO  
DEPARTAMENTO: Chocó  
ENTIDAD: COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.

FECHA NAC: 09/08/1997 25 Años 6 Meses  
No DE DOCUMENTO: CC1077475693  
TELEFONO: 3207790807  
MUNICIPIO: BAGADÓ  
CODIGO: CCFC20

### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRE: NO REFIERE  
TIPO DOCUMENTO: Cedula de Ciudadanía  
DIRECCION: NO REFIERE  
DEPARTAMENTO: depar apciente

No DE DOCUMENTO: 1077475693  
TELEFONO: NO REFIERE  
MUNICIPIO: MEDELLÍN

### PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

NOMBRE: PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G TELEFONO: (4) 6709802  
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA: PERJNATOLOGIA  
SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA: OBSTETRICIA

### INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE

ANALISIS.  
PACIENTE CON CUADRO CLINICO ANOTADO, AL EXAMEN FISICO EN APARENTE BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL, ADECUADA SATURACION DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SIN AGREGADOS PULMONARES ABDOMEN GLOBOCOS POR UTERO GRAVIDO AU 18 FCF 145 LPM CUELLO CORTO PERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD SE INDC AMANEJO ANALGESICO SE EL EXPLCIA LA PACIENOE ALTA PROBABILIDAD DE PERDIA DEL EMBARAZO DADO INCOMPATIBILIDAD CON LA VIDA SE DEJA HOSPITALIZADA CONTINUANO VIGILANCA MEDICA ESTRITCA SOLCIO APOYO EMOCIONAL

### SIGNOS VITALES:

FREC CARDIACA: . . . .65 Latidos por Min.  
FREC RESPIRATORIA: .15 Resp. por Min.  
TEMPERATURA: . . . .361 C.  
TENSION ART: . . . .110/668 mmHg  
PRESION ART. MEDIA: .482  
SAT. DE OXIGENO: . .98 %  
PESO: . . . . .65 Klg.  
TALLA: . . . . .165 cm.  
IMC: . . . . .23.9

### RESULTADOS DE AYUDAS DX

SE REALIZA ATENCION CON PROTOCOLO DE PANDEMIA SARCOv2/COVID 19, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PACIENTE USA MASCARILLA

### DX

HEMORRAGIA DE SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO.  
AMENAZA DE ABORTO .  
CUELLO CORTO.  
EMBARAZO DE 20 SEMANAS DE GESTACION.

### ANTECEDENTES

PATOLOGICOS NIEGA  
QUIRURGICOS NIEGA  
ALERGICOS NIEGA  
FARMACOLOGICO NIEGA  
TOXICOLOGICOS NIEGA

### EXAMEN FISICO

EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA, HIDRATADA, NO ASPECTO TOXICO.

### SIGNOS VITALES



**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO DE AUTORIZACION: 2022231013 Fecha: 07/12/2022  
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: CONFACHOCO EPS

ORIGINAL

Hora: 07:10

Nombre prestador: GASTRO CENTER SAS



**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:49 a. m.

Folio No: 1959353

**INFORMACION DEL PRESTADOR**

NOMBRE: CONFACHOCO IPS  
CODIGO: 270010007102  
TELEFONO: (+) 6709802

DIRECCION: Carrera 4 No. 29-57  
DEPARTAMENTO: Chocó

NIT 891600091-1

MUNICIPIO QUIBDO

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
TIPO DOCUMENTO: CC  
DIRECCION: BARRIO MEDRANO  
DEPARTAMENTO: Chocó  
ENTIDAD: CONFACHOCO CONTRIBUTIVO.

FECHA NAC: 09/08/1997 25 Años 6 Meses  
No DE DOCUMENTO: CC1077475693  
TELEFONO: 3207780807  
MUNICIPIO: BAGADÓ  
CODIGO: CCFC20

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

NOMBRE: NO REFIERE  
TIPO DOCUMENTO: Cedula de Ciudadania  
DIRECCION: NO REFIERE  
DEPARTAMENTO: depar apdente

No DE DOCUMENTO : 1077475693  
TELEFONO: NO REFIERE  
MUNICIPIO: MEDELLIN

**PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE**

NOMBRE: PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G  
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA: PERINATOLOGIA  
SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA: OBSTETRICIA  
TELEFONO: (+) 6709802

**INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE**

T 116/60 FC 92 FR 20 SAT 98% T 36 GRADOS

NORMOCÉFALO SIN LESTONES.  
PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HIDRATADA.  
CUELLO MÓVIL, SIN ADENOPATIAS  
TORAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA-  
RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS  
MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS SOBREGREGADOS  
ABDOMEN GLOBOOS POR ÚTERO GRAVIDO AU 18 FCF 145 LPM  
TV CUELLO CORTO PERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD.  
EXTREMIDADES, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES.  
SIN DEFICIT NEUROLÓGICO APARENTE

ANALISIS.  
PACIENTE CON CUADRO CLINICO ANOTADO, AL EXAMEN FISICO EN APARENTE BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL, ADECUADA SATURACION DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SIN AGREGADOS PULMONARES ABDOMEN GLOBOOS POR ÚTERO GRAVIDO AU 18 FCF 145 LPM CUELLO CORTO PERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD  
SE INDC AMANEJO ANALGESICO SE EL EXPLCIA LA PACIENOE ALTA PROBABILIDAD DE PERDIA DEL EMBARAZO DADO INCOMPATIBILIDAD CON LA VIDA SE DEJA HOSPITALIZADA CONTINUANO VIGILANCA MEDICA ESTRITCA SOLCIO APOYO EMOCIONAL

**SIGNOS VITALES:**

FREC CARDIACA: . . .65 Latidos por Min.  
FREC RESPIRATORIA: .15 Resp. por Min.  
TEMPERATURA: . . . 36.1 C.  
TENSION ART: . . . 110/668 mmHg  
PRESION ART. MEDIA: 462  
SAT. DE OXIGENO: . 98 %  
PESO: . . . . .65 Kg.  
TALLA: . . . . .165 cm.  
IMC: . . . . .23.9

**DIAGNOSTICO:**

O200: AMENAZA DE ABORTO  
Z359: SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresion Diagnostica

# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Folio No: 1959353

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:49 a. m.

### INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE: COMFACHOCO IPS  
CODIGO: 270010007102  
TELEFONO: (4) 6709802

DIRECCION: Carrera 4 No. 29-57  
DEPARTAMENTO: Chocó

NIT 891600091-1

MUNICIPIO QUIBDO

### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
TIPO DOCUMENTO: CC  
DIRECCION: BARRIO MEDRANO  
DEPARTAMENTO: Chocó  
ENTIDAD: COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.

FECHA NAC: 09/08/1997  
No DE DOCUMENTO: CC1077475693  
TELEFONO: 3207780807  
MUNICIPIO: BAGADÓ  
CODIGO: CCFC20

25 Años 6 Meses

### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRE: NO REFIERE  
TIPO DOCUMENTO: Cedula de Ciudadania  
DIRECCION: NO REFIERE  
DEPARTAMENTO: depar apciente

No DE DOCUMENTO : 1077475693  
TELEFONO: NO REFIERE  
MUNICIPIO: MEDELLÍN

### PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

NOMBRE: PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G  
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA: PERINATOLOGIA  
SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA: OBSTETRICIA

TELEFONO: (4) 6709802

### INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE

### TRATAMIENTO

PROGESTERONA  
REPOSO

MEDICO: PUMAREJO LUIS FELIPE  
ESPECIALIDAD: MEDICO ESTETICISTA Y GINECOLOGO  
REG MEDICO: 03040



# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Folio No: 1959353

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:49 a. m.

## INFORMACION DEL PRESTADOR

<b>NOMBRE</b>	COMFACHOCO IPS	<b>NIT</b>	891600091-1
<b>CODIGO</b>	270010007102	<b>DIRECCION:</b>	Carrera 4 No. 29-57
<b>TELEFONO</b>	(4) 6709802	<b>DEPARTAMENTO</b>	Chocó
		<b>MUNICIPIO</b>	QUIBDO

## DATOS DEL PACIENTE

<b>NOMBRE</b>	LEMONS ARIAS SUANNY KARINA	<b>FECHA NAC:</b>	09/08/1997	25 Años 6 Meses
<b>TIPO DOCUMENTO</b>	CC	<b>No DE DOCUMENTO:</b>	CC1077475693	
<b>DIRECCION:</b>	BARRIO MEDRANO	<b>TELEFONO:</b>	3207780807	
<b>DEPARTAMENTO:</b>	Chocó	<b>MUNICIPIO:</b>	BAGADÓ	
<b>ENTIDAD:</b>	COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.	<b>CODIGO:</b>	CCFC20	

## DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

<b>NOMBRE:</b>	NO REFIERE	<b>No DE DOCUMENTO :</b>	1077475693
<b>TIPO DOCUMENTO:</b>	Cedula de Ciudadana	<b>TELEFONO:</b>	NO REFIERE
<b>DIRECCION:</b>	NO REFIERE	<b>MUNICIPIO:</b>	MEDELLÍN
<b>DEPARTAMENTO:</b>	depar aptente		

## PROFESSIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

<b>NOMBRE</b>	PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G	<b>TELEFONO:</b>	(4) 6709802
<b>SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA:</b>	PERINATOLOGIA		
<b>SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA:</b>	OBSTETRICIA		

## INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE

### INFORMACION GENERAL:

<b>INSTITUCION</b>	: CENTRO MEDICO CUBIS	<b>MUNICIPIO</b>	: MEDELLÍN
<b>ESPECIALIDAD</b>	: PRIORITARIO	<b>NIVEL</b>	: Nivel 3
<b>TIPO DE REMISION:</b>	URGENTE		
<b>AREA ACTUAL DONDE SE ENCUENTRA EL PACIENTE:</b>	OBSTETRICIA		
<b>DIAGNOSTICO PAL.:</b>	0470 FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION		
<b>DIAGNOSTICO REL :</b>			

### IMPRESION DIAGNOSTICA:

TRBAJO DE PARTO PREMATURO

### CAUSA DE LA REMISION:

NO CONTAMOS CON SUTURA PARA PRACTICAR CERCLAJE CERVICAL

### RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

SE REALIZA ATENCION CON PROTOCOLO DE PANDEMIA SARCOV2/COVID 19, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. PACIENTE USA MASCARILLA.

#### DX

HEMORRAGIA DE SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO.  
 AMENAZA DE ABORTO .  
 CUELLO CORTO.  
 EMBARAZO DE 20 SEMANAS DE GESTACION.

#### ANTECEDENTES

PATOLOGICOS NIEGA  
 QUIRURGICOS NIEGA  
 ALERGICOS NIEGA  
 FARMACOLOGICO NIEGA  
 TOXICOLOGICOS NIEGA

#### EXAMEN FISICO

EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA, HIDRATADA, NO ASPECTO TOXICO.

#### SIGNOS VITALES

T 116/60 FC 92 FR 20 SAT 98% T 36 GRADOS

#### NORMOCÉFALO SIN LESIONES.

PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS , MUCOSA ORAL HIDRATADA.  
 CUELLO MÓVIL , SIN ADENOPATIAS  
 TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA-  
 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS  
 MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS SOBREGREGADOS

# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Folio No: 1959353

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:49 a. m.

**INFORMACION DEL PRESTADOR**

<b>NOMBRE</b>	COMFACHOCO IPS	NIT 891600091-1
<b>CODIGO</b>	270010007102	<b>DIRECCION:</b> Carrera 4 No. 29-57
<b>TELEFONO</b>	(4) 6709802	<b>DEPARTAMENTO:</b> Chocó
		<b>MUNICIPIO:</b> QUIBDO

**DATOS DEL PACIENTE**

<b>NOMBRE</b>	LEMON ARIAS SUANNY KARINA	<b>FECHA NAC:</b>	09/08/1997	25 Años 6 Meses
<b>TIPO DOCUMENTO</b>	CC	<b>No DE DOCUMENTO:</b>	CC1077475693	
<b>DIRECCION:</b>	BARRIO MEDRANO	<b>TELEFONO:</b>	3207780807	
<b>DEPARTAMENTO:</b>	Chocó	<b>MUNICIPIO:</b>	BAGADÓ	
<b>ENTIDAD:</b>	COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.	<b>CODIGO:</b>	CCFC20	

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

<b>NOMBRE:</b>	NO REFIERE	<b>No DE DOCUMENTO:</b>	1077475693
<b>TIPO DOCUMENTO:</b>	Cedula de Ciudadania	<b>TELEFONO:</b>	NO REFIERE
<b>DIRECCION:</b>	NO REFIERE	<b>MUNICIPIO:</b>	MEDELLÍN
<b>DEPARTAMENTO:</b>	depar apiente		

**PROFECCIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE**

<b>NOMBRE</b>	PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G	<b>TELEFONO:</b>	(4) 6709802
<b>SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA:</b>	PERINATOLOGIA		
<b>SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA:</b>	OBSTETRICIA		

**INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE**

ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO AU 18 FCF 145 LPM  
 TV CUELLO CORTO PERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD.  
 EXTREMIDADES, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.  
 SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE

**ANALISIS.**  
 PACIENTE CON CUADRO CLINICO ANOTADO, AL EXAMEN FISICO EN APARENTE BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL, ADECUADA SATURACION DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN AGREGADOS PULMONARES ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO AU 18 FCF 145 LPM CUELLO CORTO PERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD SE INDC AMANEJO ANALGESICO SE EL EXPICIA LA PACIENOE ALTA PROBABILIDAD DE PERDIA DEL EMBARAZO DADO INCOMPATIBILIDAD CON LA VIDA SE DEJA HOSPITALIZADA CONTINUANO VIGILANCA MEDICA ESTRITCA SOLCIO APOYO EMOCIONAL

-----  
**SIGNOS VITALES:**

FREC CARDIACA: . . .65 Latidos por Min.  
 FREC RESPIRATORIA: .15 Resp. por Min.  
 TEMPERATURA: . . . .361 C.  
 TENSION ART: . . . .110/668 mmHg  
 PRESION ART. MEDIA: .482  
 SAT. DE OXIGENO: . .98 %  
 PESO: . . . . .65 Klg.  
 TALLA: . . . . .165 cm.  
 INC: . . . . .23.9

-----  
**DIAGNOSTICO:**

O200: AMENAZA DE ABORTO  
 Z359: SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresion Diagnostica

**REVISION POR SISTEMA**

SANGRDAO VAGINAL  
 DILATACION CERVICAL

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

NIEGA

**SIGNOS VITALES**

# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Folio No: 1959353

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:49 a. m.

## INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE: CONFACHOCO IPS NIT: 891600091-1  
CODIGO: 279010007102 DIRECCION: Carrera 4 No. 29-57  
TELEFONO: (4) 6709802 DEPARTAMENTO: Chocó MUNICIPIO: QUIBDO

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA FECHA NAC: 09/08/1997 25 Años 6 Meses  
TIPO DOCUMENTO: CC No DE DOCUMENTO: CC1077475693  
DIRECCION: BARRIO MEDRANO TELEFONO: 3207780807  
DEPARTAMENTO: Chocó MUNICIPIO: BAGADÓ  
ENTIDAD: CONFACHOCO CONTRIBUTIVO CODIGO: CCFC20

## DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRE: NO REFIERE  
TIPO DOCUMENTO: Cedula de Ciudadania No DE DOCUMENTO: 1077475693  
DIRECCION: NO REFIERE TELEFONO: NO REFIERE  
DEPARTAMENTO: depar aciente MUNICIPIO: MEDELLÍN

## PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

NOMBRE: PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G TELEFONO: (4) 6709802  
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA: PERINATOLOGIA  
SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA: OBSTETRICIA

## INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE

### SIGNOS VITALES:

FREC CARDIACA: . . .65 Latidos por Min.  
FREC RESPIRATORIA: .15 Resp. por Min.  
TEMPERATURA: . . .36.1 C.  
TENSION ART: . . .110/66 mmHg  
PRESION ART. MEDIA: .482  
SAT. DE OXIGENO: . .98 %  
PESO: . . . . .65 Klg.  
TALLA: . . . . .165 cm.  
IMC: . . . . .23.9

## EXAMEN FISICO

SE REALIZA ATENCION CON PROTOCOLO DE PANDEMIA SARCov2/COVID 19, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. PACIENTE USA MASCARILLA

DX  
HEMORRAGIA DE SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO.  
AMENAZA DE ABORTO .  
CUELLO CORTO.  
EMBARAZO DE 20 SEMANAS DE GESTACION.

ANTECEDENTES  
PATOLOGICOS NIEGA  
QUIRURGICOS NIEGA  
ALERGICOS NIEGA  
FARMACOLOGICO NIEGA  
TOXICOLOGICOS NIEGA

EXAMEN FISICO  
EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA, HIDRATADA, NO ASPECTO TOXICO.

SIGNOS VITALES  
T 36.1/60 FC 92 FR 20 SAT 98% T 36 GRADOS

NORMOCÉFALO SIN LESIONES.  
PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HIDRATADA.  
CUELLO MÓVIL, SIN ADENOPATIAS  
TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA-  
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS  
MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS SOBREGREGADOS  
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO AU 18 PCF 145 LPM  
TV CUELLO CORTO FERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD.  
EXTREMIDADES, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.  
SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE

# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Folio No: 1959353

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:40 a. m.

**INFORMACION DEL PRESTADOR**

NOMBRE	COMFACHOCO IPS	NIT	891600091-1		
CODIGO	270010007102	DIRECCION:	Carrera 4 No. 29-57		
TELEFONO	(4) 6709802	DEPARTAMENTO	Chocó	MUNICIPIO	QUIBDO

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE	LEMONS ARIAS SUANNY KARINA	FECHA NAC:	09/08/1997	25 Años 6 Meses
TIPO DOCUMENTO	CC	No DE DOCUMENTO:	CC1077475693	
DIRECCION:	BARRIO MEDRANO	TELEFONO:	3207780807	
DEPARTAMENTO:	Chocó	MUNICIPIO:	BAGADÓ	
ENTIDAD:	COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.	CODIGO:	CCFC20	

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

NOMBRE:	NO REFIERE	No DE DOCUMENTO :	1077475693
TIPO DOCUMENTO:	Cedula de Ciudadania	TELEFONO:	NO REFIERE
DIRECCION:	NO REFIERE	MUNICIPIO:	MEDELLÍN
DEPARTAMENTO:	depar apcients		

**PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE**

NOMBRE	PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G	TELEFONO:	(4) 6709802
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA:	PERINATOLOGIA		
SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA:	OBSTETRICIA		

**INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE**

ANALISIS.  
PACIENTE CON CUADRO CLINICO ANOTADO. AL EXAMEN FISICO EN APARENTE BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL, ADECUADA SATURACION DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SIN AGREGADOS PULMONARES ADDCHEN GLOBOSOS POR UTERO GRAVIDO AU 18 FCF 145 LPM CUELLO CORTO PERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD SE INDC AMANEJO ANALGESICO SE EL EXPLICA LA PACIENOE ALTA PROBABILIDAD DE PERDIA DEL EMBARAZO DADO INCOMPATIBILIDAD CON LA VIDA SE DEJA HOSPITALIZADA CONTINUANO VIGILANCA MEDICA ESTRITCA SOLCIO APOYO EMOCIONAL

**SIGNOS VITALES:**

FREC CARDIACA: . . .65 Latidos por Min.  
FREC RESPIRATORIA: .15 Resp. por Min.  
TEMPERATURA: . . . .361 C.  
TENSION ART: . . . .110/668 mmHg  
PRESION ART. MEDIA: .482  
SAT. DE OXIGENO: . . .98 %  
PESO: . . . . .65 Klg.  
TALLA: . . . . .165 cm.  
IMC: . . . . .23.9

**RESULTADOS DE AYUDAS DX**

SE REALIZA ATENCION CON PROTOCOLO DE PANDEMIA SARCOV2/COVID 19, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. PACIENTE USA MASCARILLA

**DX**

HEMORRAGIA DE SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO.  
AMENAZA DE ABORTO .  
CUELLO CORTO.  
EMBARAZO DE 20 SEMANAS DE GESTACION.

**ANTECEDENTES**

PATOLOGICOS NIEGA  
QUIRURGICOS NIEGA  
ALERGICOS NIEGA  
FARMACOLOGICO NIEGA  
TOXICOLOGICOS NIEGA

**EXAMEN FISICO**

EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA, HIDRATADA, NO ASPECTO TOXICO.

**SIGNOS VITALES**

# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Folio No: 1959353

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:49 a. m.

**INFORMACION DEL PRESTADOR**

NOMBRE	COMFACHOCO IPS	NIT 891600091-1
CODIGO	270010007102	DIRECCION: Carrera 4 No. 29-57
TELEFONO	(4) 6709802	DEPARTAMENTO Chocó
		MUNICIPIO QUIBDO

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE	LEMON ARIAS SUANNY KARINA	FECHA NAC:	09/06/1997	25 Años 6 Meses
TIPO DOCUMENTO	CC	No DE DOCUMENTO:	CC1077475693	
DIRECCION:	BARRIO MEDRANO	TELEFONO:	3207780807	
DEPARTAMENTO:	Chocó	MUNICIPIO:	BAGADÓ	
ENTIDAD:	COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.	CODIGO:	CCFC20	

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

NOMBRE:	NO REFIERE	No DE DOCUMENTO :	1077475693
TIPO DOCUMENTO:	Cedula de Ciudadania	TELEFONO:	NO REFIERE
DIRECCION:	NO REFIERE	MUNICIPIO:	MEDELLÍN
DEPARTAMENTO:	depar apciente		

**PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE**

NOMBRE	PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G	TELEFONO: (4) 6709802
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA:	PERINATOLOGIA	
SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA:	OBSTETRICIA	

**INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE**

T 116/60 FC 92 FR 20 SAT 98% T 36 GRADOS

NORMOCÉFALO SIN LESIONES.  
 PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS , MUCOSA ORAL HIDRATADA.  
 CUJELLO MÓVIL , SIN ADENOPATIAS  
 TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA-  
 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS  
 MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS SOBREGREGADOS  
 ABDOMEN GLOBOOS POR UTERO GRAVIDO AU 18 FCF 145 LPM  
 TV CUJELLO CORTO PERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD.  
 EXTREMIDADES, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES,  
 SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE

ANALISIS.  
 PACIENTE CON CUADRO CLINICO ANOTADO, AL EXAMEN FISICO EN APARENTE BUENAS CONDICIONES GENEERALES, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL, ADECUADA SATURACION DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SIN AGREGADOS PULMONARES ABDOMEN GLOBOOS POR UTERO GRAVIDO AU 18 FCF 145 LPM CUJELLO CORTO PERMEABLE 2CM DEDO A CAVIDAD  
 SE INDIC AMANIEJO ANALGESICO SE EL EXPLCIA LA PACIENOE ALTA PROBABILIDAD DE PERDIA DEL EMBARAZO DADO INCOMPATIBILIDAD CON LA VIDA SE DEJA HOSPITALIZADA CONTINUANO VIGILANCA MEDICA ESTRITCA. SOLCJO APOYO EMOCIONAL

**SIGNOS VITALES:**

FREC CARDIACA: . . .65 Latidos por Min.  
 FREC RESPIRATORIA: .15 Resp. por Min.  
 TEMPERATURA: . . . .361 C.  
 TENSION ART: . . . .110/668 mmHg  
 PRESION ART. MEDIA: 482  
 SAT. DE OXIGENO: . 98 %  
 PESO: . . . . .65 Kg.  
 TALLA: . . . . .165 cm.  
 IMC: . . . . .23.9

**DIAGNOSTICO:**

O200: AMENAZA DE ABORTO  
 Z359: SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. SIN OTRA ESPECIFICACION

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresion Diagnostica

# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Folio No: 1959353

FECHA ATENCION: 25/02/2023 11:49 a. m.

**INFORMACION DEL PRESTADOR**

NOMBRE	COMFACHOCO IPS	NIT 891600091-1
CODIGO	270010007102	DIRECCION: Carrera 4 No. 29-57
TELEFONO	(4) 6709802	DEPARTAMENTO Chocó
		MUNICIPIO QUIBDO

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE	LEMON ARIAS SUANNY KARINA	FECHA NAC:	09/08/1997	25 Años 6 Meses
TIPO DOCUMENTO	CC	No DE DOCUMENTO:	CC1077475693	
DIRECCION:	BARRIO MEDRANO	TELEFONO:	3207780807	
DEPARTAMENTO:	Chocó	MUNICIPIO:	BAGADÓ	
ENTIDAD:	COMFACHOCO CONTRIBUTIVO.	CODIGO:	CCFC20	

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

NOMBRE:	NO REFIERE	No DE DOCUMENTO :	1077475693
TIPO DOCUMENTO:	Cedula de Ciudadania	TELEFONO:	NO REFIERE
DIRECCION:	NO REFIERE	MUNICIPIO:	MEDELLÍN
DEPARTAMENTO:	depar apciente		

**PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE**

NOMBRE	PUMAREJO LUIS FELIPE - MEDICO ESTETICISTA Y G	TELEFONO: (4) 6709802
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA:	PERINATOLOGIA	
SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA:	OBSTETRICIA	

**INFORMACION CLINICA INFORMACION CLINICA RELEVANTE**

**TRATAMIENTO**

PROGESTERONA  
REPOSO

	
MEDICO:	PUMAREJO LUIS FELIPE
ESPECIALIDAD:	MEDICO ESTETICISTA Y GINECOLOGO
REG MEDICO:	03040

Fecha Solicitud: 28/02/2023 13:06 F. Realización: 28/02/2023 15:41 F. Resultado: 28/02/2023 16:42 CONFIRMADO  
Médico: 1017127116 NATALY VELASQUEZ MUÑOZ  
Información Paciente: SUANNY KARINA LEMUS ARIAS Tipo Paciente: Substado Sexo: Femenino  
Tipo Documento: Cédula Ciudadana Número: 1077475693 Edad: 25 Años / 6 Meses / 20 Días F. Nacimiento: 9/08/1997  
E.P.S.: COPIAQ CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO 12:00:00 a. m.

Entidad:

DETALLE DEL RESULTADO

Folio: 8

Información Servicio: 881437 ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO

Descripción: Con ecógrafo VOLUSON EB EXPERT previo consentimiento informado de la paciente se realiza ecografía:

Feto único en presentación cefálica.

Placenta normoinserta corporal anterior.

Líquido amniótico en cantidad normal. Movimientos activos espontáneos.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

mm

Percentiles

DIÁMETRO BIPARIETAL:

46

54

PERÍMETRO CEFÁLICO:

157

2

PERÍMETRO ABDOMINAL:

153

62

LONGITUD FEMUR:

32

47

PESO (gramos):

337

55,5

HUESOS LARGOS (mm):

Húmero :30 P:50

Radio : 15 P:45

Cubito : 27 P:39

Tibia: 25 P:25

Peroné :26 P:33

ESTUDIO DE LA ANATOMIA FETAL:

- Cabeza: estructuras encefálicas simétricas y de configuración normal (cavum, del septum pellucidum, ventrículos, plexus coroideos, tálamos, cerebelo y fosa posterior). Diámetro transverso del cerebelo: 21mm, Cisterna magna: 3,9mm, Atrio ventricular: 6,7mm, Pliegue nucal 3,6mm.

- Cara no visualizada por posición fetal.

- Corazón: Situs solitus. Plano de cuatro cámaras y cinco cámaras normal, con los ventrículos y las aurículas simétricas. Arco aórtico normal. Foramen oval permeable. Válvula mitral y tricúspide normoimplantadas. Septo Interventricular aparentemente normal. Arterias pulmonar y aorta cruzadas y bien relacionadas. Ritmo cardíaco regular y estable con una frecuencia cardíaca fetal positiva de 173 lat/min.

- Configuración torácica normal, con parénquimas pulmonares homogéneas. Diafragma sin

- Hígado y vesícula biliar normales. Cámara gástrica sin anomalías aparentes. Asas intestinales normales.

- Ambos riñones son de tamaño y eco-estructura normal, sin dilatación pielocalicial significativa. Vejiga urinaria bien situada y de apariencia normal.

- Genitales externos MASCULINOS sin alteraciones aparentes.

- Se ha podido explorar la columna vertebral en todos los planos, sin evidenciarse defectos óseos ni de partes blandas.

- Se han identificado los huesos largos, de forma, tamaño y eco-refringencia normal, con movilidad correcta de las cuatro extremidades. Las manos son aparentemente normales. Los pies están bien orientados respecto a las piernas.

**ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA:**

**GESTACIÓN ÚNICA DE 20 SEMANAS POR ECOGRAFÍA TEMPRANA,**  
FPP:18-07-2023

Bradycardia fetal.

**COMENTARIOS:**

1. En esta exploración no se observan anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no se pueden descartar las que no tienen expresión ecográfica o las que se presentan de forma avanzada en el tercer trimestre

2. No presentan marcadores ultrasonográficos de anomalía cromosómica, pero este no es el método ideal para este diagnóstico.

**Análisis:**

IV  
---

Profesional solicitante : VELASQUEZ MUÑOZ NATALY  
Registro Profesional : 1017127116  
Medico\_Especialista

**Dra. Nataly Velásquez Muñoz**

Especialista en Ginecología y Obstetricia

  
RM 56174-12-2023  
Universidad de Cartagena

Profesional VELASQUEZ MUÑOZ NATALY  
Registro Profesional : 1017127116  
MATERNAL FETAL  
Medico\_Especialista

**RESULTADO DE PROCEDIMIENTO****INFORMACION GENERAL**

Fecha Solicitud: 27/02/2023 19:49 F. Realización: 28/02/2023 09:46 F. Resultado: 28/02/2023 09:58 **CONFIRMADO**  
Médico: 70075825 JAVIER ALBERTO GONZALEZ JIMENEZ  
Información Paciente: SUANNY KARINA LEMOS ARIAS Tipo Paciente: Subsidado Sexo: Femenino  
Tipo Documento: Cédula\_Ciudadania Número: 1077475603 Edad: 25 Años / 6 Meses / 20 Días F. Nacimiento: 9/08/1997  
12:00:00 a. m.  
E.P.S: CCF102 CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO  
Entidad:

**DETALE DEL RESULTADO**

Folio: 2  
Información Servicio: 8814321 CERVICOMETRIA  
Descripción: Con transductor de alta resolución endovaginal se observa:

Longitud del cérvix: 2,5mm

OCE: 14mm

Hay infundibilización de membranas en ?U? que protruyen ligeramente a través del orificio cervical externo. ( se confirma al tacto vaginal, se explica a la paciente y a la madre).

Feto en presentación cefálica

No hay placenta previa.

Se observa ?SLUDGE? positivo.

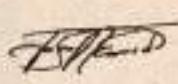
**CONCLUSIÓN:**

Ver descripción.

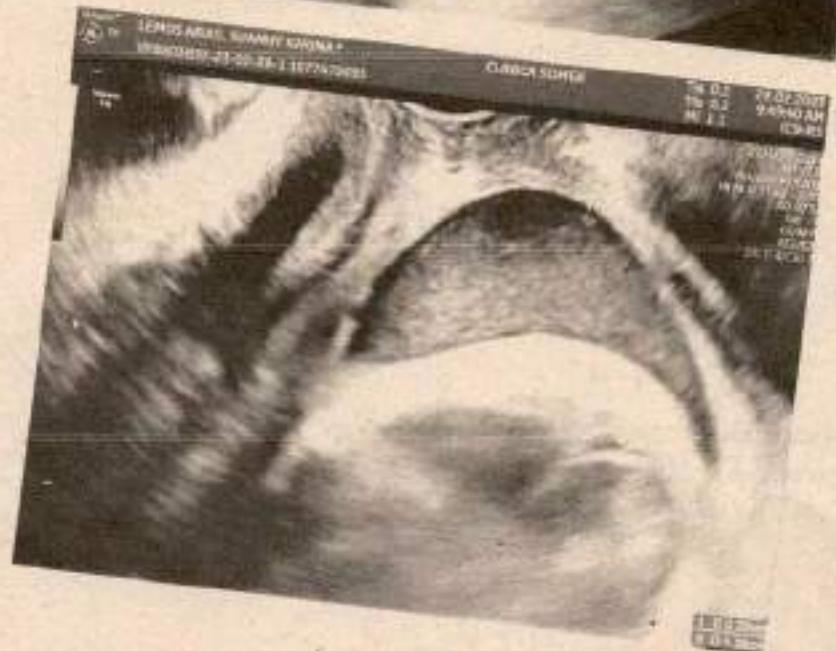
**Análisis:**

ca  
...

Profesional solicitante : INSIGNARES MUÑOZ PAOLA ANDREA  
Registro Profesional : 865350  
Medico\_Especialista

  
Profesional GONZALEZ JIMENEZ JAVIER ALBERTO  
Registro Profesional : 70075825  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
Medico\_Especialista

STANDARD INDUSTRIAL FILM COMPANY



**ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL**

**PACIENTE:** SUANNY KARINA LEMOS ARIAS  
**FECHA:** 02 DE MARZO DE 2023  
**EPS:** COMFACHOCO  
**C.C:** 1077475693

Hígado de tamaño normal, de contornos regulares, su ecogenicidad está conservada, es homogénea. No se observan lesiones focales. No hay dilatación de la vía biliar intra, ni extra hepática.

Vesícula biliar fisiológicamente distendida, de paredes delgadas, no se identifican cálculos ni lesiones lumbinales.

Páncreas en su porcion visualizada de aspecto normal.

Bazo de tamaño normal.

Ambos riñones son de tamaño, posición y morfología normales, la ecogenicidad es normal, está conservada la diferenciación cortico medular. No se observan calcificaciones ni lesiones focales. No hay dilatación de cavidades pielocolectoras.

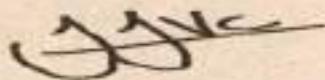
Aorta de calibre normal. No se observa líquido libre ni masas en la cavidad abdominal ni pélvica.

Vejiga fisiológicamente distendida, sin evidencia de lesión extrínseca ni intrínseca.

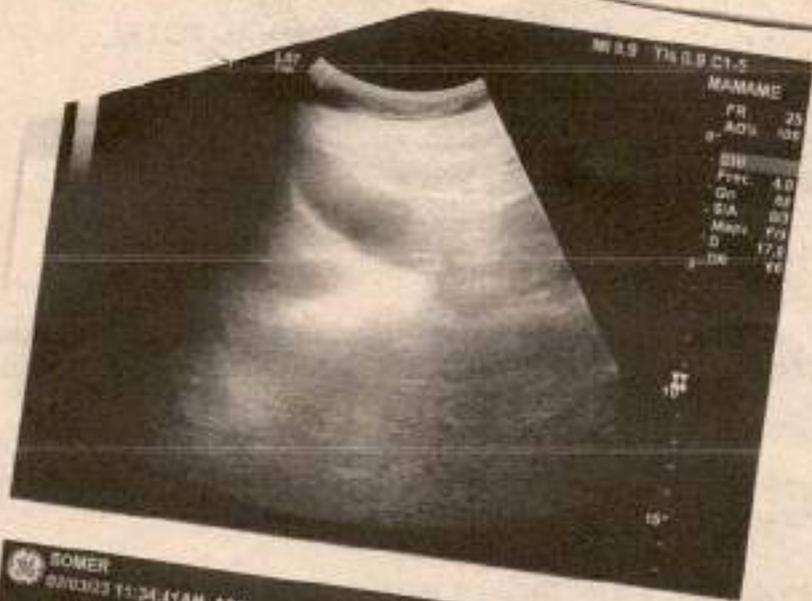
Útero aumentado de tamaño por puerperio temprano. Escaso liquido laminar en cavidad endometrial.

**CONCLUSIÓN:**

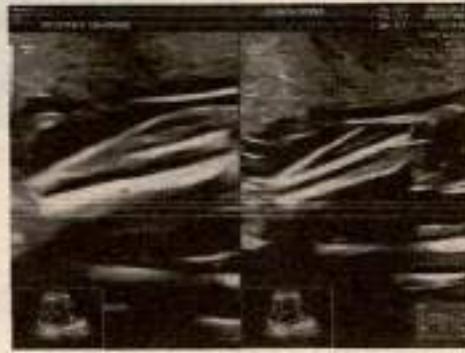
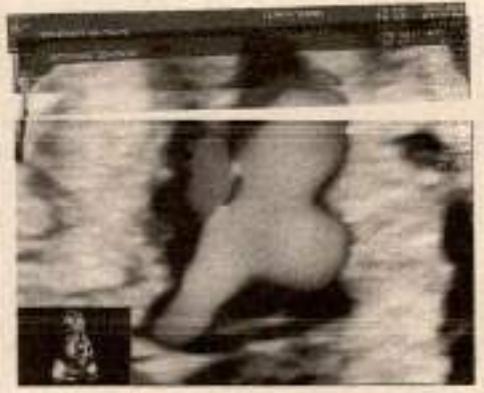
Escaso liquido laminar en cavidad endometrial.  
No hay esplenomegalia.



**Dr. JOSE JULIAN VALENCIA CORREA**  
Médico Radiólogo RM 5-1055-10  
Na







<b>No. de Orden</b> : 3030086	<b>Cama</b> : 323
<b>Paciente</b> : LEMOS ARIAS SUANNY KARINA	<b>Telefono</b> : 3207760807
<b>Documento Id</b> : 1077475693	<b>F. Ingreso</b> : 2023/03/03 00:53
<b>Edad</b> : 25 años	<b>F. Impresión</b> :
<b>F. Nacimiento</b> : 1997/08/09	<b>Medico</b> : JORGE LUIS BARRIOS MEZA
<b>Servicio</b> : AREA SOLICITANTE HOSPITALIZACION P3 TORRE 2	<b>Entidad</b> : CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
--------	-----------	--------	-----------------------------------

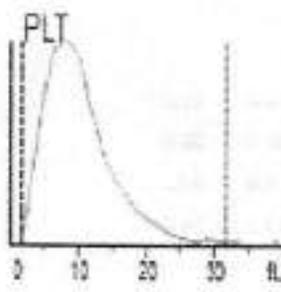
**HEMATOLOGÍA GENERAL**
**HEMOGRAMA TIPO VI (MORFOLOGÍA DIGITAL)**
**HEMATOLOGIA GENERAL**

Hemoglobina HB	7.90	*	g/dL	12.0 - 16.0
Hematocrito HTO	24.50	+	%	36.0 - 50.0
Eritrocitos RBC	2.87	*	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	4.2 - 6.22
Rango Distribucion Eritroctaria ADE	13.80		%	11.0 - 14.0
Rango de distribucion eritrocitaria RDW SD	42.9		fL	
Volumen Corpuscular Medio VCM	85.40		fL	78.0 - 96.0
Hemoglobina corpuscular medio HCM	27.70		pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media CHCM	32.50		g/dL	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas PLT	404		10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	130.0 - 450.0
Volumen Plaquetario Medio	10.30		fL	7.2 - 11.1
Leucocitos WBC	9.20		10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	5.2 - 10.6
Neutrofilos Valor Absoluto	4.9		10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	1.9 - 8.0
Linfocitos Valor Absoluto	2.7		10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.9 - 5.2
Monocitos Valor Absoluto	0.6		10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.1 - 1.0
Basofilos Valor Absoluto	0.0		10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.0 - 0.2
Eosinofilos Valor Absoluto	0.4		10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.0 - 0.7
Neutrofilos %	53.6		%	45.0 - 74.0
Linfocitos %	30.3		%	19.0 - 48.0
Monocitos %	7.4		%	3.0 - 10.0
Basofilos %	0.1		%	0.0 - 2.0
Eosinofilos %	5.2		%	0.0 - 7.0
Células de maduración intermedia %	3.4		%	0.0 - 4.0
Células de maduración intermedia Absoluto	0.3		10 <sup>3</sup> /µL	0.0 - 0.4
Normoblastos %	0.2		%	0.0 - 1.0
Normoblastos absoluto	0.0		10 <sup>3</sup> /µL	
Concentración de Plaquetas Grandes %	27		%	11.0 - 45.0
Concentración de Plaquetas Grandes Absoluto	111	*	10 <sup>3</sup> /µL	30.0 - 90.0

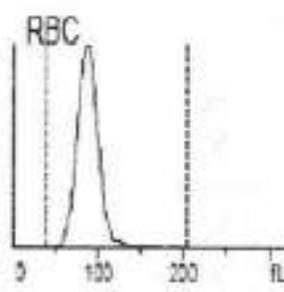


<b>No. de Orden</b> : 3030088	<b>Cama</b> : 323
<b>Paciente</b> : LEMOS ARIAS SUANNY KARINA	<b>Telefono</b> : 3207780807
<b>Documento Id</b> : 1077475693	<b>F. Ingreso</b> : 2023/03/03 00:53
<b>Edad</b> : 25 años	<b>F. Impresión</b> :
<b>F. Nacimiento</b> : 1997/08/09	<b>Medico</b> : JORGE LUIS BARRIOS MEZA
<b>Servicio</b> : AREA SOLICITANTE HOSPITALIZACION P3 TORRE 2	<b>Entidad</b> : CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

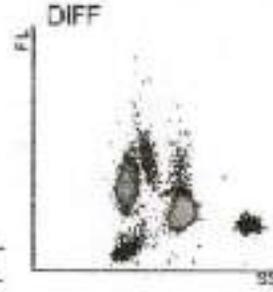
Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
--------	-----------	--------	-----------------------------------



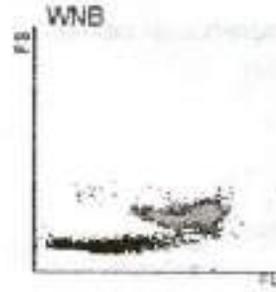
PLT



RBC



WBC



WNB

**Responsable:**  
 JORHATAN CARDONA RESTREPO  
 303/23 04:58 AM



<b>No. de Orden</b> : 3020138	<b>Cama</b> : 323
<b>Paciente</b> : LEMOS ARIAS SUANNY KARINA	<b>Telefono</b> : 3207780807
<b>Documento Id</b> : 1077475693	<b>F. Ingreso</b> : 2023/03/02 02:15
<b>Edad</b> : 25 años	<b>F. Impresión</b> :
<b>F. Nacimiento</b> : 1997/08/09	<b>Medico</b> : RUBEN DARIO AMOROCHO PEREZ
<b>Servicio</b> : AREA SOLICITANTE HOSPITALIZACION P3 TORRE 2	<b>Entidad</b> : CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
--------	-----------	--------	-----------------------------------

**HEMATOLOGÍA GENERAL**
**HEMOGRAMA TIPO VI (MORFOLOGIA DIGITAL)**
**HEMATOLOGIA GENERAL**

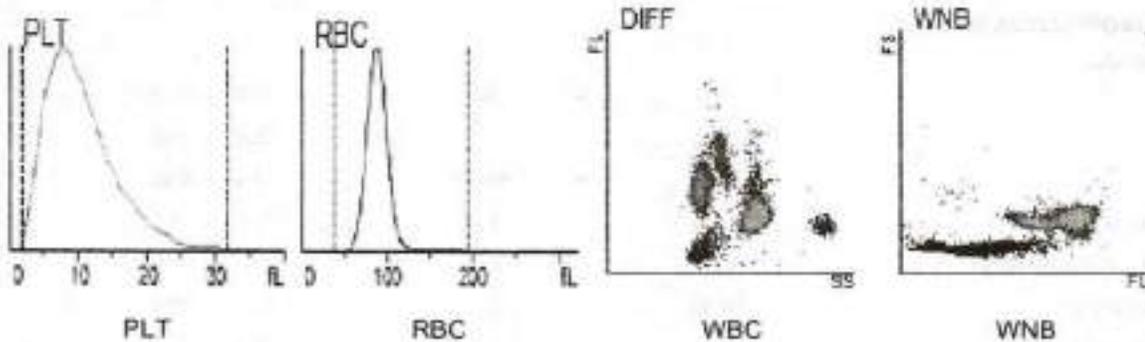
Hemoglobina HB	7.50	* g/dL	12.0 - 16.0
Hematocrito HTO	23.00	* %	38.0 - 50.0
Eritrocitos RBC	2.71	* 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	4.2 - 6.22
Rango Distribucion Eritrocitaria ADE	13.60	%	11.0 - 14.0
Rango de distribucion eritrocitaria RDW SD	42.4	fL	
Volumen Corpuscular Medio VCM	84.80	fL	78.0 - 96.0
Hemoglobina corpuscular medio HCM	27.80	pg	26.0 - 32.0
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media CHCM	32.80	g/dL	32.0 - 36.0
Recuento de Plaquetas PLT	344	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	130.0 - 450.0
Volumen Plaquetario Medio	10.50	fL	7.2 - 11.1
Leucocitos WBC	8.57	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	5.2 - 10.6
Neutrofilos Valor Absoluto	5.3	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	1.9 - 8.0
Linfocitos Valor Absoluto	2.0	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.9 - 5.2
Monocitos Valor Absoluto	0.6	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.1 - 1.0
Basofilos Valor Absoluto	0.0	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.0 - 0.2
Eosinofilos Valor Absoluto	0.3	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.0 - 0.7
Neutrofilos %	61.9	%	45.0 - 74.0
Linfocitos %	23.5	%	19.0 - 48.0
Monocitos %	7.6	%	3.0 - 10.0
Basofilos %	0.2	%	0.0 - 2.0
Eosinofilos %	3.8	%	0.0 - 7.0
Células de maduracion intermedia %	3.0	%	0.0 - 4.0
Células de maduracion intermedia Absoluto	0.2	10 <sup>3</sup> /µL	0.0 - 0.4
Normoblastos %	0.4	%	0.0 - 1.0
Normoblastos absoluto	0.0	10 <sup>3</sup> /µL	
Concentración de Plaquetas Grandes %	29	%	11.0 - 45.0
Concentración de Plaquetas Grandes Absoluto	101	* 10 <sup>3</sup> /µL	30.0 - 90.0





<b>No. de Orden</b> : 3020138	<b>Cama</b> : 323
<b>Paciente</b> : LEMOS ARIAS SUANNY KARINA	<b>Telefono</b> : 3207780807
<b>Documento Id</b> : 1077475693	<b>F. Ingreso</b> : 2023/03/02 02:15
<b>Edad</b> : 25 años	<b>F. Impresión</b> :
<b>F. Nacimiento</b> : 1997/08/09	<b>Medico</b> : RUBEN DARIO AMOROCHO PEREZ
<b>Servicio</b> : AREA SOLICITANTE HOSPITALIZACION P3 TORRE 2	<b>Entidad</b> : CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
--------	-----------	--------	-----------------------------------



Responsable:  
 YOLIMA MARVAEZ HENAO, Reg. Bac. 5-2442  
 2023/03/05:47 AM

**QUIMICA CLINICA**

DESHIDROGENASA LACTICA- LDH	193.70	U/L	120.0 - 246.0
** Se actualiza valor de referencia por cambio de metodología**			
FOSFATASA ALCALINA	67.2	U/L	46.0 - 116.0
TRANSAMINASA ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (GLUTAMICO OXALACETICA)	36.10	* U/L	0.0 - 34.0
TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT)	35.90	* U/L	5.0 - 31.0
ALBUMINA EN SUERO	3.1	* g/dL	3.2 - 4.8

Nuestro laboratorio utiliza la tecnica de Verde de Bromocresol, la cual no requiere ajustes en el valor final de la albúmina en los pacientes renales.

SODIO (POR ION SELECTIVO)	141.84	mEq/L	136.0 - 145.0
POTASIO (POR ION SELECTIVO)	2.93	* mEq/L	3.4 - 4.8
CÁLCIO TOTAL	8.43	mg/dL	8.3 - 10.6
FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]	3.18	mg/dL	2.4 - 5.1
<b>BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA</b>			
OXIDACION POR VANADATO BIOQUIMICA Y ENDOCRINOLOGIA			
BILIRRUBINA DIRECTA	0.30	mg/dL	0.0 - 0.3
BILIRRUBINA TOTAL	0.62	mg/dL	0.3 - 1.2
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.32	mg/dL	





<b>No. de Orden</b> : 3020138	<b>Cama</b> : 323
<b>Paciente</b> : LEMOS ARIAS SUANNY KARINA	<b>Telefono</b> : 3207780807
<b>Documento Id</b> : 1077475693	<b>F. Ingreso</b> : 2023/03/02 02:15
<b>Edad</b> : 25 años	<b>F. Impresión</b> :
<b>F. Nacimiento</b> : 1997/08/09	<b>Medico</b> : RUBEN DARIO AMOROCHO PEREZ
<b>Servicio</b> : AREA SOLICITANTE HOSPITALIZACION P3 TORRE 2	<b>Entidad</b> : CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
--------	-----------	--------	-----------------------------------

Responsable:  
FABIO RESTREPO, Reg 5061  
2023/03/05 05:56 AM

**INMUNOHEMATOLOGIA**

COOMBS DIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA	MEMO	NEGATIVO
RESULTADO	NEGATIVO	

Responsable:  
ALEJANDRA JIMENEZ GALEANO  
2023/03/07 07:56 AM



Historia Clínica: 1077475693

<b>Datos personales del Paciente</b>		Sexo: Femenino	F. Nacim: 09/08/1997
Paciente: Córdoba Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS		Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Edad en la atención: 25 Años / 6 Meses / 23 Días	Estado Civil: Soltero	Ocupación: AMA DE CASA	
Teléfono: 3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Dir. responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco: MADRE
Responsable: YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel. responsable: 3232421526	Tel. Acompañante: 3232421526	
Compañante: YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Rango: SUEBIDIADO 1		
Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO	Plan Beneficios: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO - COMFACHOCO (SUBSIDIADO)		
Fecha del Folio: 03/03/2023 17:57			
FOLIO N° 65	F. Consulta: No Aplica	C. Externa: Enfermedad General	
1º Ingreso: 5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34		

**Detalle del folio:**

**SUBJETIVO**

Psiquiatra:  
Suanny, 25 años, trabajadora social, residente en Chocó, unión libre, sin hijos. En compañía de la madre.

Diagnóstico:  
Post quirúrgico de legado obstétrico. 1 mar /2023.  
- Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical  
Sospecha de corioamionitis.  
- Anemia normo-normo

Antecedentes  
patológicos: Migraña, manejo sintomático con naproxeno  
farmacológicos: multivitaminicos.  
alérgicos (-)  
traumáticos (-)  
epileptológicos (-)  
familiares: padre cardiopata  
farmacológicos: multivitaminicos.

Motivo de interconsulta: síntomas depresivos.  
Paciente reporta embarazo no planeado, aceptado. Tras la pérdida del embarazo ha presentado tristeza, episodios de llanto, insomnio, rumiación. Le ha ayudado el apoyo de su familia. Cuenta con el apoyo de su pareja.

**OBJETIVO**  
Examen mental: Alerta, orientada globalmente, afecto hipotímico, con llanto, pensamiento lógico, coherente, con anhedonia, sin desesperanza, sin ideas tanatólicas, sin ideas delirantes, sin alteraciones sensorioceptivas, adecuada conducta motora, introspección adecuada, juicio y raciocinio conservado.

**ANALISIS**  
Paciente con diagnósticos anotados, en duelo por muerte perinatal, brindó espacio para expresión, se habla sobre estrategias de afrontamiento, en el momento no requiere inicio de psicofármacos, doy recomendaciones.

Plan:  
Cierre interconsulta  
Cita por psiquiatría en 1 mes  
**EPICRISIS**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Antecedentes	Tipo Antecedente	* Detalle
Fecha		<input type="checkbox"/>

Información del folio No. 65

*Ochoa Arango Oriana*  
R.M. 53913-12

**OCHOA ARANGO ORIANA**  
PSIQUIATRIA  
R.M. 53913-12

## SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

### EVOLUCION PSIQUIATRIA

Nº Historia Clínica: 1077475693

Nº Folio:

65

Folio Asociado:

#### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: SUANNY KARINA LEMOS ARIAS

Identificación: 1077475693

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 09/ago/1997 Edad Actual: 25 Años / 6 Meses / 23 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA

Teléfono: 3207780807

Procedencia: CHOCONTA

Ocupación: AMA DE CASA

#### DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO 1

#### DATOS DEL INGRESO

Responsable: YULENNY ARIAS RODRIGUEZ

Teléfono Resp: 3232421526

Dirección Resp: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA

Nº Ingreso: 5245191 Fecha: 27/02/2023 4:34:43 p. m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Diagnostico Folio: 0054 OTRO ABORTO INCOMPLETO SIN COMPLICACION

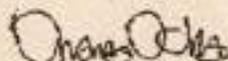
Fecha Solicitud: 03/03/2023 17:57

#### LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

Servicio:	Cantidad	Estado:
890304 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1	Rutinario

Observaciones: cita por psiquiatria en 1 mes.

**Total Ítems: 1**

  
Rn 5301312

OCHOA ARANGO ORIANA

Tarjeta Profesional 53913-12

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

## EVOLUCION PSIQUIATRIA

Nº Historia Clínica: 1077475693

Nº Folio: 65

Folio Asociado:

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: SUJANNY KARINA LEMOS ARIAS

Identificación: 1077475693

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 09/agosto/1997

Edad Actual: 25 Años / 6 Meses / 23 Días

### DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO

Ingreso: 5245191

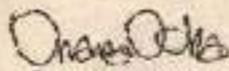
Plan Beneficios: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ  
(SUBSIDIADO)

### INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicación: Hospitalización

Detalle:

### MEDICAMENTOS SUSPENDIDOS

  
Rn 5261212

OCHOA ARANGO ORIANA

Tarjeta Profesional 53913-12

PSIQUIATRIA

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

**INFORMACIÓN GENERAL**

**Fecha Documento:** 04/marzo/2023 02:25 p. m. **Ingreso:** 5245191 **Registrado**  
**Médico:** 43279907 VICTORIA EUGENIA GARCIA VELASQUEZ  
**Información Paciente:** SUANNY KARINA LEMOS ARIAS **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino  
**Tipo Documento:** Cédula\_Ciudadanía **Número:** 1077475693 **Edad:** 25 Años / 6 Meses / 24 Días **F. Nacimiento:** 09/08/1997  
**E.P.S.:** CCF102 CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCHO

**Entidad:**
**INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS**

**Servicio de Ingreso:** Urgencias **Fecha de Ingreso:** 27/02/2023 16:34 **Estado Paciente:** VIVO  
**Servicio de Egreso:** **Fecha de Egreso:** 04/03/2023 14:25  
**Motivo Consulta:**

**Enfermedad Actual:**

INGRESA POR SANGRADO

**Revisión del Sistema:**

NEGATIVO

**Indica Med/Conducta:**
**Estado Ingreso:**
**Antecedentes:**

NEGATIVO

**Result. Procedimientos:**

Posición Utero:AVTamaño:14,000Insúa paso del purpejo:SIcuello:Abierto3. Especuloscopia, pinzamiento del labio :Anterior4. Dilatación cervical :NO5. Legrado Uterino con cureta cortante Número:5,000Fétidos:NOSe obtienen restos ovulares en cantidad.EscasaPatología:SIDiagnostico Preoperatorio :Embarazo de 20.4 sms Sospecha de corioamionitis .Incompetencia cervical síndrome anémico a estudio - anemia normocítica normocroicaSíndrome emético Riesgo obstétrico alto Riesgo tromboembólico bajo Riesgo de depresión posparto moderadaDiagnostico Posoperatorio :Postoperatorio de legrado uterinoCirujano:Aleyda MercadoAnestesiólogo:SANCHEZ MAZZERI DAGOBERTOAnestesia:raquídea1. Asepsia y antisepsia de genitales2. Examen pélvico, Vagina :utero aumentado para 14 semanasAnexos:no palpables a la palpación bimanualComplicaciones:NINGUNAObservaciones:BAJO ANESTESIA RAQUIDEA POSICION GINECOLOGICAPREVIA SEPSIA DE GENITALES Y COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS SE REALIZA EXTRACCION DE LA PLACENTA TACTO BIMANUAL: UTERO AUMENTADO PARA 14 SEMANAS , ANEXOS NO PALPABLESESPECULOSCOPIA CERVIX ABIERTO DE ASPECTO SANO, PINZAMIENTO Y TRACCION DE LABIO ANTERIOR DE CERVIX CON PINZA POSTER SE EXTRAEN ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS, SE REALIZA LEGRADO DE CAVIDAD UTERINA EN SENTIDO HORARIO CON CLURETA NUMERO 5 HASTA OBTENER SANGRADO ROJO RUTILANTE.PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES SANGRADO APROXIMADO 100 CC

**Condiciones Salida:**

Tipo EgresoMEDICOSubjetivo:RONDA DE OBSTETRICIASuanny, 25 años, trabajadora social, residente en Chocho. Dx: - Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical\* Post quirurgico de legrado obstétrico 1 mar /2023.\* En manejo actual por sospecha de corioamionitis - Síndrome anémico (Sospecha de anemia hemolítica no inmune).Antecedentespatológicos: Migraña , manejo sintomático con naproxenalgéricos (-)toxicos (-)epidemiológicos (-) familiares: padre cardiopatía epidemiológicos COVID x1 dosis. farmacológicos : multivitámicos.NO SIGNOPS DE INFECCIONObjetivo:ESTA CON DOLOR EN SENOS REQUIEREINHIBICION DELACTANCIA ESTA CON UTEROCONTRAIDO SANGRADO MINIMOAnálisis:SE DA SALIDA YA CON METODO DEPLANIFICACION SUBDERMICOCon:MEDICO EPSNúmero:7Revisión enDIASRecomendaciones: ALTANúmero Certificado:0,0000Observació: (PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN):

**Resultado Examen:**
**DIAGNÓSTICOS**

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Ingreso/Relacionado	0411	INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	D649	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	0411	INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	D649	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	O054	OTRO ABORTO INCOMPLETO SIN COMPLICACION	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	O054	OTRO ABORTO INCOMPLETO SIN COMPLICACION	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	O60X	PARTO PREMATURO	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	N883	INCOMPETENCIA DEL CUELLO DEL UTERO	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	C200	AMENAZA DE ABORTO	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	0411	INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingreso/Relacionado	D649	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/>

Ingreso/Relacionado	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	<input checked="" type="checkbox"/>
Egreso	A419	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>
Egreso	A419	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>
Egreso	A419	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>

**EVOLUCIONES**

FECHA	MEDICO	DESCRIPCIÓN EVOLUCION	ESPECIALIDAD
-------	--------	-----------------------	--------------

**28/02/2023 06:15 p. m.      MERCHAN JAIMES ALEXIS HARLEY      906 - PSICOLOGIA ONCOLOGICA**  
 Analisis:Acudo a valorar a la paciente a urgencias pero se encuentra en valoración de medicina materno fetal. Se reprograma valoración para mañana.

**01/03/2023 02:30 p. m.      MERCHAN JAIMES ALEXIS HARLEY      906 - PSICOLOGIA ONCOLOGICA**  
 Analisis:Se facilita espacio para ventilación emocional de la paciente favoreciendo la expresión y manejo de emociones relativas a su pérdida. Se trabaja mediante psicoterapia de reestructuración cognitiva acompañamiento en elaboración de duelo. Se brinda psicoterapia de apoyo emocional.

**01/03/2023 09:44 p. m.      AMOROCHO PEREZ RUBEN DARIO      387 - MEDICINA INTERNA**  
 Analisis:3º decada con cuadro de coriomionitis asociada a pérdida fetal; se solicita evaluar por anemia, marcadores iniciales con elevación de marcadores de hemólisis completo los mismos y evaluare posible Hbnopatia. mientras tanto reposicon de sustrato.acompañamiento por psicología por duelo. continuamos manejo antibiótico establecido, evaluaremos estado hepatico y ECO abdominal total descartando esplenomegalia. se continúa acompañamiento por ginecologíase explica a paciente y familiar.

**02/03/2023 10:43 a. m.      BARRIOS MEZA JORGE LUIS      387 - MEDICINA INTERNA**  
 Analisis:Patiente quien se encuentra hospitalizada inicialmente por Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical, Post quirurgico de legrado obstétrico realizada el 1 mar /2023, En manejo actual por sospecha de corioamionitis. Solicitan valorar por M interna por hallazgo de anemia. No se identifica perfil de MAT, no crisis hemolítica, ni sugestivo de anemia nutricional ( b12, fólico). El hallazgo es de anemia de tipo homogenea normocítica, que al ingreso por elevación de los reticulocitos se pensó en hemolítica por lo cual se le solicitó electroforesis de hemoglobina para evaluar rasgo falciforme (se catalogó como hemolítica, intracorpúscular, extravascular). Sin embargo aunque la saturación de hierro es alta, y el hierro y la ferritina es alta, pudiera ser secundario a pérdidas hemáticas aguda producto del embarazo, pero no se identifica caracter hemolítico. Por ahora no modificación en el manejo. Evaluaré nuevamente mañana con hemograma de control para definir seguimiento ambulatorio. Se le explica a la paciente quien se encuentra sola en este momento.Plan.- Pendiente Eco de abdomen.- Paraclicnicos de seguimiento para mañana. mientras tanto reposicon de sustrato.

**03/03/2023 10:56 a. m.      BARRIOS MEZA JORGE LUIS      387 - MEDICINA INTERNA**  
 Analisis:- Patiente quien se encuentra hospitalizada inicialmente por Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical, Post quirurgico de legrado obstétrico realizada el 1 mar /2023, En manejo actual por sospecha de corioamionitis. Solicitan valorar por M interna por hallazgo de anemia. No se identifica perfil de MAT, no crisis hemolítica, ni sugestivo de anemia nutricional ( b12, fólico). El hallazgo es de anemia de tipo homogenea normocítica, que al ingreso por elevación de los reticulocitos se pensó en hemolítica por lo cual se le solicitó electroforesis de hemoglobina para evaluar rasgo falciforme (se catalogó como hemolítica, intracorpúscular, extravascular). Sin embargo aunque la saturación de hierro es alta, y el hierro y la ferritina es alta, pudiera ser secundario a pérdidas hemáticas aguda producto del embarazo, pero no se identifica caracter hemolítico. Por ahora no modificación en el manejo, ya que los niveles de hemoglobina van en ascenso. Revisaré por la consulta externa en 7 días con el resultado de laboratorio. Dejo recomendaciones generales y signos de alarma. Dejo orden de valorar por psiquiatría y por psicología por síntomas depresivos..Se le explica a la paciente quien se encuentra sola en este momento.Plan.Continua manejo por ginecología.Valorar por psiquiatríaSeguimiento por psicología.Por parte de Medicina interna.Dejo fórmula de las citas de control.Dejo recomendaciones generales.Dejo signos de alarma para consultar en caso de aparecer.

**03/03/2023 12:48 p. m.      ARCILA OSORIO DIANA MILENA      850 - TRABAJO SOCIAL**  
 Paciente y acompañante comentan que pronto tendrán alta médica y solicita información de su proceso de egreso y retorno, se explica que desde la clínica se realizaba dicha gestión, pero que la autorización del medio de transporte por el cual retornarán no depende de la clínica somer si no de su EPS, comentan que cuentan con red de apoyo en medellín donde pueden esperar la autorización de sus tickets de retorno. Continúa el apoyo asistencial.

**03/03/2023 05:57 p. m.      OCHOA ARANGO ORIANA      590 - PSIQUIATRIA**  
 Analisis:Patiente con diagnosticos anotados, en duelo por muerte perinatal, brindo espacio para expresión, se habla sobre estrategias de afrontamiento, en el momento no requiere inicio de psico/armacos, doy recomendaciones. Plan:Cerro interconsultaOta por psiquiatría en 1 mes

*Victoria Garcia U*

**GARCIA VELASQUEZ VICTORIA EUGENIA      Tarjeta Profesional    5-2461-05**

**EVOLUCION PSIQUIATRIA**

Nº Historia Clínica: 1077475693

<b>Datos personales del Paciente</b>			
Paciente:	Cédula Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 23 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCÓNTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
<b>FOLIO Nº 65</b>		Fecha del Folio: 03/03/2023 17:57	
Nº Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34 F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

**Detalle del folio:**

**SUBJETIVO**

Psiquiatra-  
Suanny, 25 años, trabajadora social, residente en Chocó, union libre, sin hijos. En compañía de la madre.

Diagnostico:  
Post quirurgico de legrado obstétrico 1 mar /2023.  
- Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical  
Sospecha de corioamionitis.  
- Anemia normo- normo

Antecedentes  
patológicos: Migraña , manejo sintomático con naproxeno  
farmacológicos : multivitamínicos.  
alérgicos (-)  
tóxicos (-)  
epileptológicos (-)  
familiares: padre cardiopata  
farmacológicos : multivitamínicos.

Motivo de interconsulta: síntomas depresivos.

Paciente reporta embarazo no planeado, aceptado. Tras la pérdida del embarazo ha presentado tristeza, episodios de llanto, insomnio, rumiación. Le ha ayudado el apoyo de su familia. Cuenta con el apoyo de su pareja.

**OBJETIVO**

Examen mental: Alerta, orientada globalmente, afecto hipotímico, con llanto, pensamiento lógico, coherente, con anhedonia, sin desesperanza, sin ideas tanáticas, sin ideas delirantes, sin alteraciones sensorio-perceptivas, adecuada conducta motora, introspección adecuada, juicio y raciocinio conservado.

**ANALISIS**

Paciente con diagnósticos anotados, en duelo por muerte perinatal, brindo espacio para expresión, se habla sobre estrategias de afrontamiento, en el momento no requiere inicio de psicofármacos, doy recomendaciones.

Plan:  
Cierro interconsulta  
Cita por psiquiatría en 1 mes

**EPICRISIS**

Antecedentes	Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
--------------	-------	------------------	-----------

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Información del folio No. 65

*Ochoa Arango Oriana*  
R.M. 53913-12

**OCHOA ARANGO ORIANA**  
PSIQUIATRIA  
R.M. 53913-12

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resultado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Printed ending Deflag	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ó Observaciones médicas
0054	<input type="checkbox"/> OTRO ABORTO INCOMPLETO SIN COMPLICACION	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Ord. Médicas:

**Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento No QX	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
890384	890384 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSQUIATRIA	1	Rutinario	cita por psiquiatría en 1 mes

Información del folio No. 65

*Ochoa Arango Oriana*  
R.M. 53913-12

**EGRESO HOSPITALARIO**

Nº Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente					
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino
	F. Nacim:	09/08/1997			
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 24 Días	Estado Civil:	Soltero		
	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA			
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA		
	Ocupación:	AMA DE CASA			
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
	Parentesco:	MADRE			
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO				
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)			Rango:	SUBSIDIADO 1
<b>FOLIO Nº 68</b>		<b>Fecha del Folio: 04/03/2023 14:25</b>			
Nº Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica
	C. Externa:	Enfermedad_General			

Detalle del folio:

**TIPO EGRESO:** MEDICO

Estado del paciente a la salida: MEJOR

**EVOLUCION**

**Subjetivo**

RONDA DE OBSTETRICIA

Suanny, 25 años, trabajadora social, residente en Chocó.

Dx:

- Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical
- \* Post quirúrgico de legrado obstétrico 1 mar /2023.
- \* En manejo actual por sospecha de corioamnionitis
- Síndrome anémico (Sospecha de anemia hemolítica no inmune).

Antecedentes

- patológicos: Migraña , manejo sintomático con naproxen
- alérgicos (-)
- tóxicos (-)
- epidemiológicos (-)
- familiares: padre cardiopatía
- epidemiológicos COVID x1 dosis.
- farmacológicos : multivitamínicos.

NO SIGNOPS DE INFECCION

**Signos vitales**

Presión arterial sistólica: 100 Presión arterial diastólica: 80 Frecuencia cardíaca: 70 Frecuencia respiratoria: 16  
Temperatura: 36 Presión arterial media: 46,67

**Objetivo**

ESTA CON DOLOR EN SENOS  
REQUERIREINHIBICION DELACTANCIA  
ESTA CON UTEROCONTRAIDO  
SANGRADO MINIMO

**Análisis**

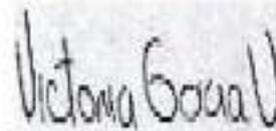
SE DA SALIDA  
YACON METODO DEPLANIFICACION SUBDERMICO

**Plan**

ALTA  
SE ENVIA BROMOCRIPTINA AMBULATORIA

Conciliación medicamentosa:

Información del folio No. 68



**GARCIA VELASQUEZ VICTORIA  
EUGENIA**  
GENECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
R.M. 5-2461-05

1. De donde se obtiene la información: Entrevista al paciente y/o familia
2. Se concilian medicamentos: N/A (No hay medicamentos para conciliar)

## PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Juventud

Observaciones:

## PRÓXIMA REVISIÓN DEL PACIENTE

Revisión en: 7DIAS Con MEDICO EPS

## RECOMENDACIONES AL ALTA

Recomendaciones

ALTA

¿El paciente requiere reposo? No

## Antecedentes

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha Tipo Antecedente \* Detalle



## Diagnósticos Registrados en este folio

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Presentivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
O60X <input type="checkbox"/>	PARTO PREMATURO	<input checked="" type="checkbox"/>	Impresión_Diagnostica	No_Corresponde	

## Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles ú Observaciones médicas
			Ninguno	1 <input type="checkbox"/>	0	1) BROMOCRIPTINA TABLETAS 2.5 MG TOMAR UNA DIARIA CON LA CENA POR 7 DIAS
			Ninguno	1 <input type="checkbox"/>	0	1) DOLEX 500MG 2 TABLETAS CADA 8H SI DOLOR

## Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Salida

Órd. Médicas:

Información del folio No. 68

Victoria Goual

GARCIA VELASQUEZ VICTORIA  
EUGENIA  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
R.M. 5-2461-05

### PLAN DE MANEJO Y/O FORMULA MEDICA EVOLUCION MEDICINA INTERNA

Nº Historia Clínica: 1077475693

Nº Folio: 61

Folio Asociado:

03/03/2023 10:56 a. m.

#### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: SUANNY KARINA LEMOS ARIAS

Identificación: 1077475693

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 09/agosto/1997

Estado Civil: Soltero

Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA

Teléfono: 3207780807

#### DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ

Plan Beneficios: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFAHOCÓ (SUBSIDIADO)

#### Diagnosticos

Código	Diagnostico	Principal
A419	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>

#### INDICACIONES A PACIENTE

**Indicación:** RECOMENDACIONES GENERALES.

1. Cocine sin sal ni grasas. Aprenda a comer sano, siga la dieta mediterránea.
2. Evite consumo de alcohol y tabaco.
3. Controle su peso diariamente y mantenga su peso ideal.
4. No deje de tomar su tratamiento, acuda a sus citas de revisión médica.
5. No tome fármacos perjudiciales sin consultar.
6. Haga ejercicio físico moderado A diario (caminar, nadar o montar bicicleta) 30 min 5 veces a la semana.
7. Aprenda a reconocer los signos de alarma y consulte a su médico si ocurren.
8. Planifique su actividad. Evite situaciones de stress y cambios bruscos de temperatura.
9. Evite los cambios bruscos de temperatura.
10. Evite contacto con personas enfermas con síntomas respiratorios.

¿Qué síntomas me deben alarmar o preocupar?

1. Dolores de cabeza muy fuerte.
2. Mareos, debilidad marcada.
3. Trastornos de la visión.
4. Pérdida de fuerza o sensación de hormigueo en brazos o piernas, dificultad para hablar.
5. Hemorragias que no se detiene (por la nariz, orina, materia fecal), moretones en la piel.
6. Vómito con sangre.
7. Tos y dificultad respiratoria O EXPECTORACIÓN CON SANGRE
8. Dolor en el pecho y dificultad para respirar.
9. Fiebre alta que no cede con acetaminofen.
10. Molestias para orina o defecar.
11. Dolor abdominal intenso que no mejora.

Total ítems:

1



Dr. Jorge Luis Barrios Meza  
C.C. 91.229-120  
Médico Internista

BARRIOS MEZA JORGE LUIS

Registro Profesional 15472005



890939936

Calle 38 No.54 A-35 Rionegro - Antioquia

**PLAN DE MANEJO Y/O FORMULA MEDICA**  
**EVOLUCION MEDICINA INTERNA**

Nº Historia Clínica: 1077475693

Nº Folio: 61

Folio Asociado:

03/03/2023 10:56 a. m.

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente: SUANNY KARINA LEMOS ARIAS

Identificación: 1077475693

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 09/agosto/1997

Estado Civil: Soltero

Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA

Teléfono: 3207780807

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO

Plan Beneficios: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ  
(SUBSIDIADO)

**MEDICAMENTOS POS**

DE CONTROL

Plan de manejo: EXTERNO

Medicamento: A02BD002101 OMEPRAZOL CAP 20MG

Cantidad: 30

Concentración: 20 MG

Unidad: CAPSULA

Via Administración: Oral

Término Definido/  
Ninguno

30

Posología: Tomar 20mg oral cada día en ayunas,

Observaciones: Tomar 20mg oral cada día en ayunas,

Total Items:

1



Dr. Jorge Luis Barrios Meza  
C.C. 97.829.435

**BARRIOS MEZA JORGE LUIS**  
MEDICINA INTERNA

Registro Profesional 15472005

**PLAN DE MANEJO Y/O FORMULA MEDICA  
EGRESO HOSPITALARIO**

Nº Historia Clínica: 1077475693      Nº Folio: 68      Folio Asociado: 04/03/2023 02:25 p. m.

**DATOS PERSONALES**  
 Nombre Paciente: SUANNY KARINA LEMOS ARIAS      Identificación: 1077475693      Sexo: Femenino  
 Fecha Nacimiento: 09/agosto/1997      Estado Civil: Soltero  
 Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA      Teléfono: 3207780807

**DATOS DE AFILIACIÓN**  
 Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO  
 Plan Beneficios: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)

Codigo	Diagnostico	Diagnosticos	Principal
O60X	PARTO PREMATURO		<input checked="" type="checkbox"/>

**INDICACIONES A PACIENTE**

Indicación: 1) BRÓMOCRIPTINA TABLETAS 2.5 MG  
 TOMAR UNA DIARIA CON LA CENA. POR 7 DIAS

Indicación: 1) DOLEX 500MG  
 2 TABLETAS CADASH SI DOLOR

Total ítems: 2

*Victoria Garcia U*

GARCIA VELASQUEZ VICTORIA EUGENIA      Registro Profesional 5-2461-05

### INDICACIÓN MEDICA

### EGRESO HOSPITALARIO

Nº Historia Clínica: 1077475693

Nº Folio: 68

Folio Asociado:

#### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: SUANNY KARINA LEMOS ARIAS

Identificación: 1077475693

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 09/agosto/1997

Edad Actual: 25 Años / 6 Meses / 24 Días

#### DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ

Ingreso: 5245191

Plan Beneficios: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ  
(SUBSIDIADO)

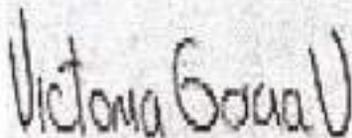
---

#### INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicación: Salida

Detalle:

#### MEDICAMENTOS SUSPENDIDOS



**GARCIA VELASQUEZ VICTORIA EUGENIA** Tarjeta Profesional 5-2461-05

ESPECIALISTA MEDICINA CRITICA Y CUIDADO  
INTENSIVO

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]



**NOTA DE PSICOLOGIA.**

Folio No: 2145827

paciente: LEMOS ARIAS SUANNY KARINA  
identificacion: CC1077475693  
no historia: 1077475693  
empresa: COMFACHOCO EPS S.

e.civil: Soltero(a)  
edad: 26 Años 2 Meses  
sexo: Femenino  
fec. nac: 09/08/1997

Admision No: 1197490

FECHA ATENCION: 08/11/2023 11:59 a. m.

telefono: 3207780807  
municipio: BAGADÓ  
direccion: BARRIO MEDRANO

**MOTIVO DE CONSULTA:**

SESIÓN 4

PACIENTE CON ANTECEDENTE DEPRESIVO, EN EL MOMENTO ESTABLE, NIEGA ALTERACIONES EMOCIONES, RELACIONES PERSONALES ESTABLE, SUEÑO ESTABLE, ALIMENTACIÓN ESTABLE. REALIZA ACTIVIDAD PRACTICAS FRENTE A LA IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, MODIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS ERRÓNEOS.

LA PACIENTE FINALIZA SESIONES EN BUEN ESTADO, SE DAN RECOMENDACIONES PSICOLÓGICAS.

SE DEJA ABIERTA CITA EN CASO DE QUE LO REQUIERA.

DIAGNOSTICO:

F320: EPISODIO DEPRESIVO LEVE

TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES: DUELO

profesional:	MOSQUERA RENTERIA LUCY MAR
especialidad:	PSICOLOGIA
registro:	0