

## RV: C22-43485 RV: 2021\_174 - MEMORIAL ALLEGA REFORMA DE LA DEMANDA Y ANEXOS

Andrés Mauricio Paque Cárdenas <apaquec@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Jue 29/09/2022 8:05 AM

Para: Juzgado 10 Administrativo - Valle Del Cauca - Cali <adm10cali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: consultas <consultas@abogadosjl.com>

Cordial saludo,

Remito constancia de radiación en adjunto denominado SAMAI proceso judicial.

Por favor no responda a este correo, este email solamente es para dar respuesta a radicación de correspondencia. Comuníquese con nosotros al email [of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**Historial de actuaciones judiciales**

Historial de actuaciones Tramitar

Buscar: Para buscar una actuación en la historia digite aquí el dato a buscar

Filtrar: ☒ Ver todo ☐ Decisiones ☐ Despacho ☐ Secretaria ☐ Notificaciones

Filtros avanzados ☐ Visualizar más información de la anotación/detalle

Total registros: 14 Pág. 1 de 1

|        | Fecha registro      | Fecha actuacion | Actuación                         | Anotación/detalle                                     | Estado     | Anexos | Índice |
|--------|---------------------|-----------------|-----------------------------------|---|------------|--------|--------|
| Select | 28/09/2022 23:48:45 | 27/09/2022      | Recepción memorial OA al despacho | C22-43485 -MEMORIAL APORTA REFORMA DE LA DEMANDA Y... | REGISTRADA | 3      | 14     |
| Select | 07/07/2022          | 07/07/2022      | Recepción memorial OA al despacho | C22-27370 PODER, MEMORIAL INTERPONE                   | REGISTRADA | 3      | 13     |

Atentamente,

**ANDRES MAURICIO PAQUE CÁRDENAS**

Oficina de Apoyo Juzgados Administrativos de Cali

Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial Cali-Valle del Cauca.



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

**De:** Oficina 02 Apoyo Juzgados Administrativos - Seccional Cali <of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Enviado:** martes, 27 de septiembre de 2022 13:58

**Para:** Andrés Mauricio Paque Cárdenas <apaquec@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Asunto:** C22-43485 RV: 2021\_174 - MEMORIAL ALLEGA REFORMA DE LA DEMANDA Y ANEXOS

**DHORA STELLA RAMÍREZ**

**ÁREA DE CORRESPONDENCIA Y ARCHIVO**

Oficina de Apoyo Juzgados Administrativos de Cali

Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial Cali-Valle del Cauca



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

**De:** JUSTILEX ABOGADOS <consultas@abogadosjl.com>

**Enviado:** martes, 27 de septiembre de 2022 12:50

**Para:** Oficina 02 Apoyo Juzgados Administrativos - Seccional Cali <of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>;  
Juzgado 10 Administrativo - Valle Del Cauca - Cali <adm10cali@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Luis Alberto Bustos  
Perdomo <notificacionesjudiciales@cali.gov.co>; procesosnacionales@defensajuridica.gov.co  
<procesosnacionales@defensajuridica.gov.co>

**Asunto:** 2021\_174 - MEMORIAL ALLEGA REFORMA DE LA DEMANDA Y ANEXOS

Señor (a);

**JUEZ DÉCIMO (10) ADMINISTRATIVO DE CALI;**

E.S.B.

**PROCESO:** REPARACIÓN DIRECTA

**RADICADO:** 2021\_174

**DEMANDANTE:** PAOLA FERNANDA LOZANO Y OTROS

**DEMANDADO:** DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI

**Referencia:** MEMORIAL APORTA REFORMA DE LA DEMANDA Y ANEXOS.

Cordial Saludo;

**JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ**, domiciliado en la ciudad de Cali, mayor de edad, conocido dentro del proceso de la referencia como apoderado de la parte demandante, mediante el presente memorial me permito, de manera respetuosa y atenta, someter ante su conocimiento y competencia

la siguiente **REFORMA DE LA DEMANDA, conforme los términos descritos en memorial adjunto (PDF)**, junto con las pruebas y anexos documentales mencionados, en virtud de los cuales se realiza la presente reforma.

En ese orden de ideas, procedo a allegar a su despacho los siguientes documentos adjuntos en formato PDF:

1. 2021\_174 - MEMORIAL REFORMA DEMANDA
2. DEMANDA DE REPARACIÓN DIRECTA Y ANEXOS (DEMANDA REFORMADA)

El presente memorial es enviado con copia a las partes y sujetos procesales vinculados en el proceso.

Cordialmente;

**JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ.**

**T.P. No. 233.555 C.S.J.**

**Apoderado Demandante.**

**JUSTILEX | Abogados**

[www.abogadosjl.com](http://www.abogadosjl.com)

+ 57 318 378 04 07

+ 57 316 428 82 68

+ 57 318 370 44 78

Carrera 3 # 10 - 65, Of. 1001

Cali - Colombia



Señor (a);  
**JUEZ DÉCIMO (10) ADMINISTRATIVO DE CALI;**  
E.S.B.

**PROCESO:** REPARACIÓN DIRECTA  
**RADICADO:** 2021\_174  
**DEMANDANTE:** PAOLA FERNANDA LOZANO Y OTROS  
**DEMANDADO:** DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI

**Referencia: MEMORIAL APORTA REFORMA DE LA DEMANDA Y ANEXOS.**

Cordial Saludo;

**JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ**, domiciliado en la ciudad de Cali, mayor de edad, conocido dentro del proceso de la referencia como apoderado de la parte demandante, mediante el presente memorial me permito, de manera respetuosa y atenta, someter ante su conocimiento y competencia la siguiente **REFORMA DE LA DEMANDA**, la cual me permito enviar como anexo al presente memorial, junto con las pruebas y anexos documentales mencionados, en virtud de los cuales se realiza la presente reforma.

En esa dirección, me permito indicar al despacho, punto por punto, los aspectos sujetos a la presente reforma de la demanda:

#### **ASPECTOS SUJETOS A REFORMA DE LA DEMANDA:**

##### **1. Numeración de los Hechos de la Demanda.**

Me permito indicar al despacho que la numeración de los Hechos de la demanda, la cual se encontraba de manera escrita, será reformada por un relato numérico de los hechos, de manera tal que su lectura resulte más fluido y certero para el despacho y partes involucradas.

##### **2. Cuantía estimada de las Pretensiones.**

Manifiesto al señor(a) Juez que la Cuantía Estimada de la Pretensión ha sido reformada, de manera tal que, dentro del rubro correspondiente a los Daños Materiales que sustentan las pretensiones sobre los perjuicios materiales sufridos por la demandante, fue incorporado la pretensión de indemnización del Lucro Cesante resultante de la pérdida de capacidad laboral del 19,77% de la víctima del accidente.

##### **3. Reforma del Hecho (25) de la Demanda:**

En virtud de lo anterior, manifiesto al despacho que, de acuerdo a la nueva prueba documental que se referirá con posterioridad, entiéndase reformado el Hecho (25) de la demanda de la siguiente manera:

*“25. Que, como resultado de las lesiones incorporadas en su cuerpo, LA LESIONADA sufrió una Pérdida de Capacidad Laboral del 19.77 %.”*

##### **4. Pruebas Documentales aportadas con la reforma de la Demanda:**

Con ocasión de la reciente Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral de la víctima, me permito aportar las siguientes pruebas documentales:

*“21.Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral de La Lesionada, elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.*

*22. Constancia de Ejecutoria del Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral de La Lesionada, elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.”*

##### **5. Pretensiones de la demanda:**

En virtud de los cambios descritos anteriormente, y conforme variación de la Cuantía estimada de la demanda, entiéndase incorporada la pretensión nominada como pretensión CUARTA del escrito de demanda:



“CUARTA: CONDENAR a la parte DEMANDADA a pagar en favor de la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ la suma equivalente a NOVENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 99,181,799) correspondiente al LUCRO CESANTE como resultado de la Pérdida de Capacidad Laboral del 19.77%”

6. Incorporación de acapite “X- Discriminación de las sumas pretendidas” de la Demanda:

Con ocasión de las reformas introducidas, entiéndase incorporado el siguiente acapite en el escrito de la demanda reformada:

“

I- DISCRIMINACIÓN DE LAS SUMAS PRETENDIDAS:

|              | TOTALES                    |                |
|--------------|----------------------------|----------------|
| MATERIALES   | LUCRO CESANTE              | \$ 99,181,799  |
|              | DAÑO EMERGENTE CONSOLIDADO | \$ 6,511,408   |
| INMATERIALES | MORALES                    | \$ 640 SMLMV   |
|              | SALUD                      | \$ 80 SMLMV    |
|              | BIENES CONSTITUCIONALES    | \$ 80 SMLMV    |
| GRAN TOTAL   |                            | \$ 905,693,207 |

Como fundamento de lo anterior, me permito, en cuanto a los daños materiales, sustentar dichas sumas en las pruebas documentales presentadas, relativas tanto al Daño emergente consolidado, como las pruebas del lucro cesante.

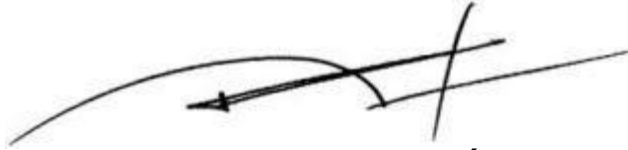
| Cálculo de la Indemnización debida o consolidada (Vencida)                |                  |         |         |  |             |
|---|------------------|---------|---------|--|-------------|
|   | AÑO              | MES     | DÍA     |  |             |
| Fecha actual o de tasación de los perjuicios:                             | 2022             | 09      | 30      | IPC - Final  | 121,50      |
| Fecha de Nacimiento:  | 1980             | 09      | 17      | Sexo: F  | Edad: 39,10 |
| Fecha en que ocurrieron hechos:   | 2019             | 10      | 21      | IPC - Inicial  | 103,43      |
| Ingreso Mensual (si es mínimo mirar tabla de al lado):                    | \$ 1.600.000,00  |         |         |  |             |
| Ingreso Mensual Indexado: (IPC Final / IPC Inicial) x Ingreso mensual     | \$ 1.762.061,30  |         |         |  |             |
| Más 25% Prestaciones sociales   | \$ 440.515,32    |         |         |  |             |
| Total Ingreso Mensual Actualizado   | \$ 2.202.576,62  |         |         |  |             |
| (%) Pérdida de la capacidad laboral (Decimales separados con coma)        | 19,77%           |         |         |  |             |
| Factor de Incapacidad = Ingreso Act. X Pérdida de capacidad Laboral (Ra): | \$ 435.449,40    |         |         |  |             |
| Periodo Vencido en meses (n):   | 35,33            |         |         |  |             |
| Indemnización Debida Actual (S):  | \$ 16.743.708,46 |         |         |  |             |
| FÓRMULA FINANCIERA INDEMNIZACIÓN DEBIDA:                                  |                  |         |         |  |             |
| $S = Ra \times (1 + i)^n - 1$   |                  |         |         |  |             |
| i = Interés judicial (art. 2232 C.C. 6% EA = 0,4867% NM)                  |                  |         |         |  |             |
| Cálculo del Periodo Futuro o Anticipado                                   |                  |         |         |  |             |
|   | AÑO              | MES     | DÍA     | corre desde la fecha de la sentencia hasta el fin de la vida probable de la víctima, esta expectativa se toma de la tabla de mortalidad vigente (R1555/10 Superfinanciera) |             |
| Fecha final expectativa de vida:  | #VALUE!          | #VALUE! | #VALUE! |  |             |
| Fecha actual o de tasación de los perjuicios:                             | 2022             | 09      | 30      |  |             |
| Factor de Incapacidad = Ingreso Act. X Pérdida de capacidad Laboral (Ra): | \$ 435.449,40    |         |         |  |             |
| Periodo Futuro en meses (n):  | 523,87           |         |         |  |             |
| Indemnización Futura (S):   | \$ 82.438.090,86 |         |         |  |             |
| FÓRMULA FINANCIERA INDEMNIZACIÓN FUTURA:                                  |                  |         |         |  |             |
| $S = Ra \times (1 + i)^n - 1$   |                  |         |         |  |             |
| i = Interés judicial (art. 2232 C.C. 6% EA = 0,4867% NM)                  |                  |         |         |  |             |
| Lucro Cesante (Sumatoria de la indemnización Actual y Futura)             |                  |         |         |  |             |
| Indemnización Debida Actual:  | \$ 16.743.708,46 |         |         |  |             |
| Indemnización Futura:   | \$ 82.438.090,86 |         |         |  |             |
| TOTAL   | \$ 99.181.799,32 |         |         |  |             |

Ahora bien, en cuanto a los Daños Inmateriales, me permito invocar como fundamento lo esgrimido en diversa jurisprudencia constitucional y del Consejo de Estado en materia Contencioso Administrativa a continuación descrita”

De esta manera, en los términos descritos en el presente memorial, procedo a reformar el Escrito de Demanda, junto con las Pruebas Documentales que se aportan con ocasión del presente acto de reforma.

Así mismo, manifiesto que los hechos, pruebas y pretensiones que no sean sujeto de modificación mediante el presente acto de reforma de la demanda permanecerán de la misma forma en la cual fueron presentados con la demanda inicialmente admitida por su despacho.

Del Señor Juez;



**JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ**

C.C. No. 1.144.037.267 de Cali

T.P. No. 233.555 del C.S.J.

Señor(a),  
JUEZ ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA (REPARTO)  
E.S.B.

REFERENCIA: ESCRITO DE DEMANDA  
MEDIO DE REPARACIÓN DIRECTA  
CONTROL:  
DEMANDANTE: PAOLA FERNANDA LOZANO Y OTROS  
DEMANDADO: DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI  
VINCULADO: AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JURÍDICA DEL ESTADO

Cordial Saludo;

I- IDENTIFICACIÓN DEL APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE:

JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ, domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.144.037.267 y Tarjeta Profesional No. 233.555 del Consejo Superior de la Judicatura, apoderado de la parte actora que está compuesta por las personas que se identificarán a continuación en el acápite denominado “IDENTIFICACIÓN DE LA PARTE DEMANDANTE”, mediante el presente escrito me permito someter ante su conocimiento y competencia la siguiente **ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA**, en los términos y conforme los hechos y pretensiones que se expondrán de manera posterior.

II- IDENTIFICACIÓN DE LA PARTE DEMANDANTE:

| Nombre                         | No. Identidad          | Parentesco con Víctima | Representación   |
|--------------------------------|------------------------|------------------------|--|
| Paola Fernanda Lozano Ramírez  | C.C. No. 31.484.077    | Víctima Directa        | En Nombre Propio   |
| Juan Eduardo Torres Cabeza     | C.E. No. 612624        | Cónyuge                | En Nombre Propio   |
| Adiela Ramírez Vélez           | C.C. No. 31.232.803    | Madre                  | En Nombre Propio   |
| Marino Lozano Montenegro       | C.C. No. 2.939.852     | Padre                  | En Nombre Propio   |
| Diana Camila Lozano Ramírez    | C.C. No. 1.143.878.568 | Hija                   | En Nombre Propio   |
| Victoria Sofia Torres Lozano   | NUIP. 1.108.259.238    | Hija                   | A través de su representante Legal, Paola Fernanda Lozano Ramírez. |
| Scarlet Natalia Mendoza Lozano | NUIP. 1.108.259.238    | Nieta                  | A través de su representante Legal, Diana Camila Lozano Ramírez    |
| David Marino Lozano Ramírez    | C.C. No. 1.144.159.580 | Hermano                | En Nombre Propio   |
| Dori Fanny Lozano Montenegro   | C.C. No. 31.226.087    | Hermana                | En Nombre Propio   |

|                                |                        |                        |           |        |
|--------------------------------|------------------------|------------------------|-----------|--------|
| <b>Dolores Coicue</b>          | C.C. No. 25.364.329    | Hermana de Crianza     | En Propio | Nombre |
| <b>Sandra Bastidas Mariela</b> | P.E.P. 931103707081968 | Tercera Civil afectada | En Propio | Nombre |

**III- IDENTIFICACIÓN DE LA PARTE DEMANDADA:**

| Nombre  | Representación                                | LEGITIMIDAD POR PASIVA  |
|---|---|---|
| <b>DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI</b>            | En nombre propio.                             | AUTORIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE POR OMISIÓN DE MANTENIMIENTO Y CUIDADO DE LA VÍA PÚBLICA.  |
| <b>AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JUDICIAL DEL ESTADO:</b> | En nombre propio y representación del Estado. | AUTORIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE DE LA DEFENSA JUDICIAL DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS. (Concurre en calidad de vinculada interviniente, <b>no demandada</b> , art. 610 CGP) |

**IV- COMPETENCIA Y CUANTÍA:**

**Despacho Competente:** Juzgado Administrativo del Circuito de Cali.

**Clase de Pretensión:** Declarativa y condenatoria, de carácter monetaria.

**Fecha de Caducidad de la Pretensión:** 21 de octubre de 2021

**Fecha de los Hechos:** 21 de octubre de 2019.

**Ubicación de los Hechos:** CALI

- **Departamento:** Valle del Cauca
- **Municipio:** Santiago de Cali

**Cuantía Estimada de la Pretensión:** \$ 105,693,207 pesos m/cte por concepto de los Daños Materiales (Daño Emergente y Lucro Cesante).

**Ver Pruebas relativas a Probar el Daño Emergente Consolidado.**

**Ver Pruebas relativas a Probar el Lucro Cesante.**

**V- MEDIO DE CONTROL A PRECAVER:**

Se trata de la Acción de Reparación Directa consagrada en el artículo 140 CPACA

**VI- AGOTAMIENTO DEL REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD**

El requisito de procedibilidad de la conciliación extrajudicial se adelantó ante la Procuraduría 20 Judicial II para asuntos administrativos del Valle del Cauca, conforme Constancia de No Conciliación aportada como anexo a la presente demanda.

**VII- HECHOS:**

**A. RELATIVOS AL HECHO DAÑOSO:**

1. Que, el día de ocurrencia de los hechos fue el día 21 de Octubre de 2019, entre las 21:00 y las 21:30 de la noche, aproximadamente, mientras la señora **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ** (En adelante; **LA LESIONADA**), identificada con cédula de ciudadanía No. 31.484.077, se encontraba conduciendo el vehículo de placas **CIE 74E** (en adelante **LA MOTOCICLETA**) sobre la **Calle 25, entre Carreras 95 y 99** (Posición Inicial, Posición Final) de

la ciudad de Cali, cuando, como resultado de un HUECO en la vía, la conductora perdió el control sobre el vehículo, lo cual conllevó al volcamiento y posteriores lesiones.

**Ver Prueba No.1.** Informe Policial de Accidente de Tránsito No. A000 512652, diligenciado por el Agente de Tránsito No.361 adscrito a la Secretaría de Tránsito y Movilidad de la ciudad de Cali.

**Ver Prueba No.2.** Licencia de Conducción No. 31.484.077, categoría A2, de la Conductora

**Ver Prueba No.3.** Prueba de Alcoholemia de la Conductora.

2. Que, según informe Policial de Accidente de Tránsito, el lugar de los hechos (**Calle 25, entre Carreras 95 y 99**) tiene las siguientes características:

*“Recta, Plana, con Anden, Único Sentido, Doble Calzada, tres o más carriles, Asfalto, **Estado: Con Huecos**, seca, señalética de sentido vial, Línea de Carril blanca segmentada, visibilidad normal”.*

**Ver Prueba No.1.** Numeral 7, Características de las vías, Informe Policial de Accidente de Tránsito No. A000 512652, diligenciado por el Agente de Tránsito No.361 adscrito a la Secretaría de Tránsito y Movilidad de la ciudad de Cali.

3. Que, **LA MOTOCICLETA** es de marca AKT, Color Blanco, modelo 2016, línea AK 125, capacidad para 2 pasajeros, Póliza SOAT vigente al momento de los hechos, licencia de tránsito No. 10011407726, matriculada en el municipio de Palmira (Valle del Cauca), designada para modalidad de uso particular, de propiedad de **LA LESIONADA**.

**Ver Prueba No.4.** Histórico vehicular e Histórico de propietarios del vehículo.

4. Que, en razón de los hechos acaecidos, se levantó el Informe Policial de Accidente de Tránsito **No. A000 512652 del 22 de Octubre de 2019** a las 11:45 de la mañana, el cual fue diligenciado por **EL AGENTE** Jose Luis Murillo, poseedor de la placa No. 361 (para la fecha de los hechos) de la Secretaría de Tránsito y Movilidad de la ciudad de Cali (en adelante, **EL AGENTE**).

**Ver Prueba No.1.** Numeral 14, Datos de quien conoce el accidente, Informe Policial de Accidente de Tránsito No. A000 512652, diligenciado por el Agente de Tránsito No.361 adscrito a la Secretaria de Tránsito y Movilidad de la ciudad de Cali.

5. Que, el informe de accidente referenciado, fue diligenciado el 22 de octubre de 2021, en la medida que LA LESIONADA fue trasladada de Urgencias a la Clínica Valle del Lili, y no fue sino hasta que el funcionario tuvo la oportunidad de dialogar con LA LESIONADA, que pudo construir la hipótesis causal del accidente en referencia.

6. Que, como hipótesis del siniestro fue planteada por **EL AGENTE** la siguiente: “Código 306: De la vía: Hueco en la vía.”

**Ver Prueba No.1.** Numeral 11, Hipótesis del accidente, Informe Policial de Accidente de Tránsito No. A000 512652, diligenciado por el Agente de Tránsito No.361 adscrito a la Secretaria de Tránsito y Movilidad de la ciudad de Cali.

## **B. HECHOS RELATIVOS AL DAÑO (HISTORIA CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE LA LESIONADA):**



7. Que, como resultado del accidente, la conductora del vehículo, la señora **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ** (en adelante, **LA LESIONADA**), identificada con C.C. 31.484.077, resultó lesionado en su integridad física, razón por la cual fue socorrida y trasladado por ambulancia a la **CLÍNICA VALLE DEL LILI** de la ciudad de Cali.

8. Que, **LA LESIONADA** fue trasladada por Ambulancia a la **CLÍNICA VALLE DEL LILI** el día 21 de octubre de 2019, siendo ingresada a la clínica a las 22:52 horas de la noche.

**Ver Prueba Documental No.7. Historia Clínica de Epicrisis de la lesionada de fecha 21 de octubre de 2019, expedida por la Fundación Valle del Lili.**

9. Que, conforme la Historia Clínica de primera atención expedida por la **CLÍNICA VALLE DEL LILI**, se tienen como diagnósticos principales de ingreso y egreso, los siguientes:

#### **“ANALISIS Y CONDUCTA**

*Paciente quien sufre politraumatismo en accidente de tránsito: motocicleta vs asfalto. \* TCE leve: escala canada 2 puntos. \* Trauma columna cervical: escala canada 1 punto. \* Trauma cerrado de tórax y abdomen: valorado por Cx general, indican toma de Rx de tórax, y observación de abdomen. \* Trauma de miembros inferiores: sospecha fractura bilateral de tibias: se indican Rx de rodillas bilateral. \* Trauma facial: herida labio superior y fractura dental #23, se solicita valoración por Cx plástica y de manera ambulatoria por Cx maxilofacial-odontología.*

#### **Imágenes:**

22.10.2019

**Radiografía de rodillas:** *Fractura conminuta irregular, desplazada diafisaria y metafisio-epifisaria con importante desplazamiento de los platillos tibiales, especialmente el lateral. Fractura desplazada conminuta de la metáfisis de fíbula derecha.*

#### **TAC de miembros inferiores:**

*Miembro inferior derecho: Fractura conminuta desplazada de la metáfisis tibial proximal que compromete el platillo tibial medial, lateral y las espinas tibiales, con presencia de fragmentos óseos intraarticulares.*

*Fractura conminuta de la metáfisis fibular proximal. Miembro inferior izquierdo: Fractura conminuta y desplazada de la diáfisis y metáfisis tibial proximal, con extensión al platillo tibial medial, lateral y espinas tibiales. Lipoheamartrosis bilateral.*

23.10.2019

**Radiografía de miembros inferiores:** *Material de osteosíntesis (placas y tornillos) íntegro en adecuada posición, imágenes sin signos de aflojamiento.*

#### **Egreso:**

*Paciente hospitalizada por politraumatismo en accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta. Evidencian fractura de platillos tibiales bilateral Schatzker VI, fractura de metáfisis de fíbula derecha. Es llevada el 22.10.2019 a reducción abierta de las fracturas anotadas, sin complicaciones. Al día de hoy paciente con buena evolución clínica, sin nueva sintomatología ni signos de SIRS.*

*Radiografía de control con material de osteosíntesis íntegro, en adecuada posición, reduciendo fracturas. Paciente con adecuada evolución clínica, se decide continuar proceso de recuperación ambulatorio y control con ortopedia en 12 días, se entrega fórmula médica, se educa sobre signos de alarma para reconsultar y se dan recomendaciones. Dado el compromiso de rodilla bilateral que, sumado a su antecedente de obesidad, impacta significativamente su funcionalidad, como consecuencia, dependencia para realizar actividades básicas diarias, de cuidado personal y ejercicios de rehabilitación, fue valorada por fisioterapia quienes soportan lo anteriormente mencionado. Por lo anterior se da orden de cuidados de enfermería domiciliarios 12 horas al día por 30 días.*

*Traslado en ambulancia desde FCVL hasta su domicilio e igualmente traslado desde su domicilio hasta FCVL para su cita control con ortopedia en 12 días. La paciente refiere entender y aceptar la conducta. Se da incapacidad médica por 30 días.”*

**Ver Prueba Documental No. 7.** Historia Clínica de Epicrisis de la lesionada de fecha 21 de octubre de 2019, expedida por la Fundación Valle del Lili. **Páginas 1, 18 y 19.**

**Ver Prueba Documental No.10.** Imágenes Diagnósticas de fracturas sufridas por La Lesionada.

**10.** Que, debido a la complejidad del cuadro clínico, **LA LESIONADA** fue sometida a los siguientes procedimientos quirúrgicos de urgencia: **1)** Reducción abierta y osteosíntesis de tibia proximal bilateral, y **2)** Cirugía Plástica Estética reconstructiva maxilofacial y mano.

**Ver Prueba Documental No. 7.** Historia Clínica de Epicrisis de la lesionada de fecha 21 de octubre de 2019, expedida por la Fundación Valle del Lili. **Páginas 4 a 7.**

**11.** Que, conforme descripciones quirúrgicas consignadas en Historia Clínica de la referencia, fueron detectados los siguientes Hallazgos:

**“Procedimiento Asistido**

**Fecha Registro:** 22.10.2019

**Hora Registro:** 14:14:30

**Responsable:** MATEUS GUTIERREZ, MARTHA CECILIA

**Especialidad:** CIRU.PLAST.ESTETIC.MAXI.Y MANO –

**Hallazgos:**

*Con múltiples excoriaciones y tatuaje traumático en mejilla izquierda, comisura oral izquierda, punta nasal y mentón. presenta avulsión severa en labio superior de 6 cm, con pérdida completa de la piel del filtro de labio superior, desinserción de base alar, y abundante contaminación con tierra, bordes irregulares y macerados. en mucosa vestibular de labio inferior*

presenta avulsión de 3 cm longitudinal y contaminación con tierra. edema moderado de tejidos blandos en labio inferior y labio superior.”

**“Descripción Quirúrgica**

Fecha Registro: 22.10.2019

Hora Registro: 21:40:16

Responsable: TORRES CALERO, MAURICIO

Tipo de herida: Limpia

Descripción de la prestación: INJERTO OSEO EN TIBIA O PERONE

**Hallazgos:**

Fractura de platillos tibiales derechos svi conminuta (estallido articular) con hundimiento y defecto óseo lateral, avulsión meniscal lateral metido en foco de fractura, ruptura capsulo ligamentaria retinacular medial y parcial del ligamento colateral medial. fractura de platillos tibiales izquierdos svi conminuta (estallido articular) con hundimiento y defecto óseo central, conminución de espinas tibiales y conminución metafisaria severa con pérdida de longitud que obliga a uso de distractor ao, ruptura enb asa de balde meniscal lateral metido en foco de fractura, ruptura capsulo ligamentaria retinacular medial y parcial del ligamento colateral medial. este tipo de fractura pueden tener adicional lesión ligamentaria ocultas que a veces requieren un segundo tiempo una vez la parte ósea se encuentre consolidada. lesión articular severa de ambas rodillas en paciente con obesidad mórbida, daño articular severo con alto riesgo de artrosis, deformidad, rigidez, aflojamiento, no unión y cojera como secuelas dadas la severidad del trauma de alta energía. **Es frecuente que este tipo de lesiones requieran reemplazos articulares a futuro**, se explica al paciente y familiar y firma consentimiento informado. ayudantes qx dra Juliana Henao dr Felipe Fonseca”

**Ver Prueba Documental No. 7.** Historia Clínica de Epicrisis de la lesionada de fecha 21 de octubre de 2019, expedida por la Fundación Valle del Lili. **Páginas 4 a 7.**

**12.** Que, conforme Programa Integral de Cuidado Paliativo (dolor) – Índice de Barthel – entregado a la lesionada el día de su **EGRESO HOSPITALARIO** de fecha 25 de octubre de 2019, **LA LESIONADA** necesitaba asistencia en los siguientes aspectos de su vida:

**“Lavado (Baño):** Dependiente.

**Vestido:** Dependiente.

**Arreglo:** Dependiente.

**Ir al Baño:** Dependiente.

**Traslado Cama/Sillón:** Dependiente.

**Deambulación:** Independiente **en silla de ruedas.**

**Subir y Bajar Escaleras:** Dependiente.

**Puntaje Total:** 35 puntos.

**Incapacidad Funcional se valora:**

- **Severa:** < 45 puntos. (Inferior a 45 puntos)



**Ver Prueba Documental No. 7.** *Historia Clínica de la lesionada. Índice de Barthel entregado a la Lesionada el 25 de octubre de 2021 (fecha de egreso), diligenciado por el Programa Integral de Cuidado Paliativo de la Fundación Valle del Lili.*

**13.** Que, debido a la gravedad de las Lesiones sufridas por **LA LESIONADA**, requirió asistir a diversos exámenes diagnósticos, curaciones, tratamientos, procedimientos quirúrgicos, terapias de rehabilitación física, terapias psicológicas y demás apoyos clínicos encaminados a la recuperación de su integridad física y moral afectada por el accidente.

**Ver Prueba Documental No.9.** *Compendio de Historias Clínicas, citas de Control por ortopedia, consultas de urgencias, consultas médicas en casa y exámenes practicados a la lesionada durante el año 2019.*

**14.** Que, como resultado de lo anterior, **LA LESIONADA** recibió atención médica en Casa para curaciones de heridas, como también tuvo que asistir a consultas de control o seguimiento de Ortopedia, control de seguimiento por Cirugía Plástica, consultas por urgencias por posibles infecciones, asistencia a exámenes diagnósticos, entre otros.

**Ver Prueba Documental No.9.** *Compendio de Historias Clínicas, citas de Control por ortopedia, consultas de urgencias, consultas médicas en casa y exámenes practicados a la lesionada durante el año 2019.*

**15.** Que, de acuerdo al plan de manejo y órdenes médicas expedidas por **FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**, **LA LESIONADA** requirió servicio de enfermería en Casa por 12 horas al día, y Traslado en ambulancia para asistir a citas de control.

**Ver Prueba Documental No.9.** *Compendio de Órdenes médicas de la Lesionada durante el 2019.*

**16.** Que, debido a la naturaleza de las circunstancias, **LA LESIONADA** requirió medicamentos analgésicos y antibióticos para el manejo del cuadro clínico que padecía.

**Ver Prueba Documental No.9.** *Compendio de Órdenes médicas de la Lesionada durante el 2019.*

**17.** Que, las secuelas del accidente de tránsito descrito, implicaron que **LA LESIONADA** continuara asistiendo a consultas de control y evolución por ortopedia y cirugía plástica durante el año 2020.

**Ver Prueba Documental No. 9.** *Compendio de Historias Clínicas, citas de Control por ortopedia, consultas de urgencias, consultas médicas en casa, exámenes practicados y terapias físicas de la lesionada durante el año 2020.*

**18.** Que, durante el transcurso del año 2020, **LA LESIONADA** concurrió a terapias de rehabilitación física, terapias psicológicas y demás apoyos clínicos encaminados a la recuperación de su integridad física y moral afectada por el accidente.

**Ver Prueba Documental No. 9.** *Compendio de Órdenes médicas, terapias físicas, citas de especialistas entre otros de la Lesionada durante el 2020.*

19. Que, conforme integridad de Historia Clínica del año 2021, aunada al análisis documental de las Historias Clínicas e información médica complementaria de los años 2020 y 2019, contados a partir de la ocurrencia del accidente de tránsito, se puede apreciar integridad de las **SECUELAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS PERMANENTES** sufridas y consolidadas en **LA LESIONADA**.

*Ver Prueba Documental No. 9. Compendio de Historias Clínicas, citas de Control por ortopedia, consultas de urgencias, consultas médicas en casa, exámenes practicados y terapias físicas de la lesionada durante los años 2019, 2020 y 2021.*

20. Que, como consecuencia de lo anterior, **LA LESIONADA** se vio afectada por las lesiones sufridas, las cuales conllevaron al reconocimiento de incapacidades que en su totalidad suman 90 días de incapacidad, tratamiento de lesiones, terapias curativas, secuelas psicológicas y demás perjuicios que serán detallados con posterioridad.

21. Que, **LA LESIONADA** sufrió daños en el vehículo de su propiedad involucrado en el accidente de tránsito, como resultado de la colisión y volcamiento de la motocicleta.

*Ver Prueba No.1. Numeral 8, Descripción daños materiales del Vehículo, Informe Policial de Accidente de Tránsito No. A000 512652, diligenciado por el Agente de Tránsito No.361 adscrito a la Secretaría de Tránsito y Movilidad de la ciudad de Cali.*

### **C. HECHOS RELATIVOS A LOS PERJUICIOS MATERIALES:**

Como consecuencia de los sucesos anteriormente narrados, correspondientes al HECHO DAÑOSO, **LA DEMANDANTE** sufrió una serie de perjuicios materiales que serán discriminados de la siguiente manera.

#### **Daño Emergente Consolidado:**

22. Que, como resultado del Accidente y lesiones sufridas en el mismo, **LA LESIONADA** se vio en la necesidad de pagar servicio particular de **ENFERMERÍA**, durante los tres (3) meses siguientes, contados a partir de la ocurrencia de los hechos.

*Ver Prueba Documental No. 12. Soporte de pago de los Servicios de Enfermería particular prestados por SOLANYI ALEXANDRA CAICEDO.*

23. Que, en virtud de las complicaciones de salud resultantes del Accidente, **LA LESIONADA** tuvo que incurrir en gastos particulares tales como **SILLA DE RUEDAS, COLCHÓN DE ALGODÓN, SERVICIO PARTICULAR DE AMBULANCIA, SERVICIO DE TRANSPORTE PARTICULAR, MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS, UTENSILIOS DE LIMPIEZA, MEDICAMENTOS ANTIBIOTICOS, RECONSTRUCCIÓN LABIAL, ENTRE OTROS** gastos relacionados con el proceso de recuperación médica, valores que al ser sumados resultan en un total de: **SEIS MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 6,511,408).**

**Ver Acápite IX. Pruebas. Literal C;** relativas a probar el daño emergente consolidado. Pruebas 12 a 18.

### Lucro Cesante:

24. Que, como resultado de las lesiones sufridas, **LA LESIONADA** se vio imposibilitada para ejecutar con normalidad las labores de Asesora Comercial de la Droguería EXTRA, de la ciudad de Cali, debido a los días que le fueron reconocidos como incapacidad médica como resultado de las lesiones.

*Ver Prueba Documental No. 19. Certificado Laboral de la Lesionada.*

*Ver Prueba Documental No. 20. Certificados de egresos de la Droguería Extra en favor de La Lesionada por los últimos 3 meses.*

25. Que, como resultado de las lesiones incorporadas en su cuerpo, **LA LESIONADA** sufrió una Pérdida de Capacidad Laboral del 19.77 %.

*Ver Prueba Documental No. 21. Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral de La Lesionada, elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.*

### HECHOS RELATIVOS A LOS PERJUICIOS INMATERIALES:

Como consecuencia de los sucesos anteriormente narrados, correspondientes al HECHO DAÑOSO, las personas **DEMANDANTES** sufrieron una serie de perjuicios inmateriales que serán discriminados de la siguiente manera:

### Daños Morales:

26. Que, **LA LESIONADA PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ** vivió momentos profundamente dolorosos en el lugar de los hechos, padecimientos que se prolongaron durante el tiempo que tuvo que ser sometida a procedimientos médicos de primera atención, exámenes diagnósticos, sanación de heridas, y demás contingencias que se prolongaron durante su proceso de rehabilitación.

27. Que, **JUAN EDUARDO TORRES CABEZA** vivió instantes de profunda angustia cuando conoció del accidente sufrido por su ESPOSA, momentos que se prolongaron durante el tiempo que acompañó a su Cónyuge en el proceso de recuperación médica, sanación de heridas, terapias físicas de rehabilitación y demás contingencias asociadas a los hechos causantes del Daño.

28. Que, **VICTORIA SOFIA TORRES LOZANO y DIANA CAMILA LOZANO RAMÍREZ** vivieron instantes de profunda angustia cuando conocieron del accidente sufrido por su MADRE, momentos que se prolongaron durante el tiempo que la acompañaron durante el proceso de recuperación médica, sanación de heridas, terapias físicas de rehabilitación y demás contingencias asociadas a los hechos causantes del Daño.

29. Que, **MARINO LOZANO MONTENEGRO y ADIELA RAMÍREZ** vivieron instantes de profunda angustia cuando conocieron del accidente sufrido por su HIJA, momentos que se prolongaron durante el tiempo que la acompañaron durante el proceso de recuperación médica, sanación de heridas, terapias físicas de rehabilitación y demás contingencias asociadas a los hechos causantes del Daño.

30. Que, **SCARLETT NATALIA MENDOZA LOZANO** vivió instantes de profunda angustia cuando conoció del accidente sufrido por su ABUELA,

momentos que se prolongaron durante el tiempo que la acompañó durante el proceso de recuperación médica, sanación de heridas, terapias físicas de rehabilitación y demás contingencias asociadas a los hechos causantes del Daño.

**31.** Que, **DORI FANNY LOZANO MONTENEGRO** vivieron instantes de profunda angustia cuando conocieron del accidente sufrido por su SOBRINA, momentos que se prolongaron durante el tiempo que la acompañaron durante el proceso de recuperación médica, sanación de heridas, terapias físicas de rehabilitación y demás contingencias asociadas a los hechos causantes del Daño.

**32.** Que, **DAVID MARINO LOZANO RAMÍREZ** vivió instantes de profunda angustia cuando conoció del accidente sufrido por su HERMANA, momentos que se prolongaron durante el tiempo que la acompañó durante el proceso de recuperación médica, sanación de heridas, terapias físicas de rehabilitación y demás contingencias asociadas a los hechos causantes del Daño.

**33.** Que, **DOLORES COICUÉ** vivió instantes de profunda angustia cuando conoció del accidente sufrido por su HERMANA DE CRIANZA (Adoptiva), momentos que se prolongaron durante el tiempo que la acompañó durante el proceso de recuperación médica, sanación de heridas, terapias físicas de rehabilitación y demás contingencias asociadas a los hechos causantes del Daño.

***Ver Pruebas Testimoniales que acreditan el vínculo de Familiaridad por Adopción (Crianza).***

**34.** Que, **SANDRA MARIELA BASTIDAS SERRES** vivió instantes de profunda angustia cuando conoció del accidente sufrido por su AMIGA, momentos que se prolongaron durante el tiempo que la acompañó durante el proceso de recuperación médica, sanación de heridas, terapias físicas de rehabilitación y demás contingencias asociadas a los hechos causantes del Daño.

***Ver Pruebas Testimoniales que acreditan el vínculo moral entre la Lesionada y la Tercera Civil Afectada.***

#### **Daño a la Salud:**

**35.** Que, **LA LESIONADA** incorporó una serie de restricciones importantes que le imposibilitan, en gran medida, realizar actividades sociales, económicas, familiares, de desplazamiento, y en general, vivir la vida en condiciones de normalidad, debido a las secuelas físicas de carácter **permanente** que resultaron del accidente.

#### **Daño a Bienes Constitucionalmente Protegidos:**

**36.** Que, **LA LESIONADA** sufrió daños a su dignidad humana traducidos en la lesión a bienes jurídicos constitucionalmente protegidos como lo son la salud e integridad física.

#### **HECHOS RELATIVOS A LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD:**

37. Que, el accidente ocurrió el 21 de octubre de 2019, de conformidad con los datos consignados por **EL AGENTE** en el Informe Policial de Accidente de Tránsito No. A000 512652 del 21 de octubre de 2019.

38. Que, en el numeral 8.1 del mismo informe, **EL AGENTE** identifica a **PAOLA LOZANO RAMÍREZ** como conductora y lesionada del vehículo involucrado en el accidente.

39. Que, en el numeral 11 del reporte en referencia, **EL AGENTE** estableció como Hipótesis del accidente la siguiente: *Código 306: De la vía: Hueco en la vía.*"

40. Que, conforme las narraciones de los testigos del accidente, **LA LESIONADA** se encontraba manejando en la Calle 25, entre Carreras 95 y 99, cuando, como resultado de un HUECO EN LA VÍA, perdió el control de la motocicleta, lo cual ocasionó una caída y traumas significativos para **LA LESIONADA**.

***Ver Pruebas Testimoniales. Declaración de Pruebas testimoniales.***

41. Que, no se configura causal eximente alguna de responsabilidad capaz de quebrantar la relación de causalidad entre la omisión de mantenimiento de la vía pública<sup>1</sup> (Obligación a cargo del Municipio de Cali – Secretaría de Infraestructuras y Obras Públicas) y la ocurrencia del **HECHO DAÑOSO** y los **PERJUICIOS** irrogados a **LOS DEMANDANTES**, relatados en los perjuicios materiales e inmateriales de la presente demanda.

42. Que, **LA LESIONADA** cumplió en todo momento con el deber objetivo de cuidado, sin contravenir norma de comportamiento alguno, y, a pesar de lo anterior, no pudo maniobrar la motocicleta de manera tal que pudiese evitar el HUECO EN LA VÍA, el cual fue el origen y causa del accidente descrito en el HECHO DAÑOSO.

***Ver Prueba No.3. Prueba de alcoholemia practicada a la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ el día y hora del accidente de tránsito.***

Como resultado de los hechos y pruebas anteriormente descritas, y la ausencia de reparación integral de perjuicios de las víctimas, me permito, de la manera más respetuosa y atenta, someter ante su conocimiento y competencia las siguientes:

**VIII- PRETENSIONES:**

**DECLARATIVAS DE RESPONSABILIDAD:**

**PRIMERA: DECLARAR** al **DISTRITO ESPECIAL DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI** extracontractualmente responsable por los perjuicios materiales e inmateriales sufridos por: **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, JUAN EDUARDO TORRES CABEZA, MARINO LOZANO MONTENEGRO, ADIELA RAMÍREZ VÉLEZ, DORI FANNY LOZANO MONTENEGRO, DAVID MARINO LOZANO RAMÍREZ, DIANA CAMILA LOZANO RAMÍREZ, SCARLETT NATALIA MENDOZA LOZANO, VICTORIA SOFIA TORRES LOZANO, DOLORES COICUE, SANDRA MARIELA BASTIDAS SERRES**, como resultado de la omisión de mantenimiento de vía pública que ocasionó accidente de tránsito

<sup>1</sup> Constitución Política de Colombia. **Artículo 90:** El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.



de fecha 21 de octubre de 2019 en la Calle 25, entre carreras No. 95-99 de la ciudad de Cali.

#### **CONDENATORIAS DE INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS MATERIALES:**

##### **Daño Emergente Consolidado:**

**SEGUNDA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a pagar en favor de la señora **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ** la suma equivalente a **TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 3,600,000)** correspondiente al valor total de los gastos pagados por concepto de tres (3) meses de servicio de Enfermera en Casa.

**TERCERA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a pagar en favor de la señora **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ** la suma equivalente a **SEIS MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 6,511,408)** correspondiente al valor total de las erogaciones pagadas por LA LESIONADA por concepto de: SILLA DE RUEDAS, CAMINADOR, SERVICIO PARTICULAR DE AMBULANCIA, SERVICIO DE TRANSPORTE PARTICULAR A FISIOTERAPIAS, RECONSTRUCCIÓN LABIAL, COLCHÓN DE ALGODÓN, MEDICAMENTOS, PAÑALES, UTENSILIOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS Y ANALGÉSICOS, ENTRE OTROS gastos relacionados con el proceso de recuperación médica, **detallados en las Pruebas Relativas** al DAÑO EMERGENTE CONSOLIDADO.

##### **Lucro Cesante:**

**CUARTA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a pagar en favor de la señora **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ** la suma equivalente a **NOVENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 99,181,799)** correspondiente al **LUCRO CESANTE** como resultado de la Pérdida de Capacidad Laboral del 19.77%

#### **CONDENATORIAS DE INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS INMATERIALES:**

##### **Daños Morales:**

**QUINTA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar a la señora **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ** por la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **DAÑO MORAL**, derivados del accidente de tránsito en referencia.

**SEXTA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar al señor **JUAN EDUARDO TORRES CABEZA** por la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **DAÑO MORAL**, derivados del accidente de tránsito que sufrió su ESPOSA (LA LESIONADA) el día 21 de octubre de 2019.

**SÉPTIMA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar a la menor de edad **VICTORIA SOFIA TORRES LOZANO** por la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **DAÑO MORAL**, derivados del accidente de tránsito que sufrió su MADRE (LA LESIONADA) el día 21 de octubre de 2019.

**OCTAVA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar a la señora **DIANA CAMILA LOZANO RAMÍREZ** por la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **DAÑO MORAL**, derivados del accidente de tránsito que sufrió su MADRE (LA LESIONADA) el día 21 de octubre de 2019.

**NOVENA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar al señor **MARINO LOZANO MONTENEGRO** por la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **DAÑO MORAL**, derivados del accidente de tránsito que sufrió su HIJA (LA LESIONADA) el día 21 de octubre de 2019.

**DÉCIMA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar a la señora **ADIELA RAMÍREZ VÉLEZ** por la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **DAÑO MORAL**, derivados del accidente de tránsito que sufrió su HIJA (LA LESIONADA) el día 21 de octubre de 2019.

**DÉCIMO PRIMERA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar a la menor de edad **SCARLETT NATALIA MENDOZA LOZANO** por la suma equivalente a cuarenta (40) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **DAÑO MORAL**, derivados del accidente de tránsito que sufrió su ABUELA (LA LESIONADA) el día 21 de octubre de 2019.

**DÉCIMO SEGUNDA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar al señor **DAVID MARINO LOZANO RAMÍREZ** por la suma equivalente a cuarenta (40) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **DAÑO MORAL**, derivados del accidente de tránsito que sufrió su HERMANA (LA LESIONADA) el día 21 de octubre de 2019.

**DÉCIMO TERCERA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar a la señora **DORI FANNY LOZANO MONTENEGRO** por la suma equivalente a cuarenta (40) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **DAÑO MORAL**, derivados del accidente de tránsito que sufrió su SOBRINA (LA LESIONADA) el día 21 de octubre de 2019.

**DÉCIMO CUARTA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar a la señora **DOLORES COICUE** por la suma equivalente a cuarenta (40) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **DAÑO MORAL**, derivados del accidente de tránsito que sufrió su HERMANA DE CRIANZA (LA LESIONADA) el día 21 de octubre de 2019.

#### **Daño a la Salud:**

**DÉCIMO QUINTA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar a la señora **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ** por la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **DAÑO A LA SALUD**, derivados del accidente de tránsito en referencia.

#### **Daños a Bienes Constitucionalmente Protegidos:**

**DÉCIMO SEXTA: CONDENAR** a la parte **DEMANDADA** a indemnizar a la señora **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ** por la suma equivalente a ochenta (80) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a título de **AFECTACIÓN RELEVANTE A BIENES CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE PROTEGIDOS** derivados del accidente de tránsito en referencia.

**IX- PRUEBAS Y ANEXOS:**

Señor Juez, sírvase tener como pruebas de la presente Demanda de Reparación Directa, las siguientes pruebas:

**A. RELATIVAS A PROBAR LA OCURRENCIA DEL HECHO DAÑOSO:**

1. Informe Policial de Accidente de Tránsito No. A000 512652, diligenciado por el Agente de Tránsito No.361 adscrito a la Secretaría de Tránsito y Movilidad de la ciudad de Cali.
2. Licencia de Conducción No. 31.484.077, categoría A2, de la Conductora
3. Prueba de Alcoholemia de la Conductora
4. Histórico vehicular e Histórico de propietarios del vehículo.
5. SOAT vehículo, Póliza No. 76064895.
6. Fotografías del Hueco en la vía, tomadas el día 22 de octubre de 2019.

**B. RELATIVAS A PROBAR LAS LESIONES DE LA VÍCTIMA DIRECTA:**

7. Resumen de Epicrisis de la Lesionada, expedido por la Fundación Valle del Lili.
8. Resumen de Epicrisis de procedimiento quirúrgico practicado a la lesionada.
9. Historia clínica de Evolución de la Lesionada.
10. Imágenes Diagnósticas.
11. Consulta de Urgencia odontológica de fecha 23 de octubre de 2021.

**C. RELATIVAS A PROBAR EL DAÑO EMERGENTE CONSOLIDADO:**

12. Soporte de pago de los Servicios de Enfermería particular prestados por **SOLANYI ALEXANDRA CAICEDO** (C.C. No. 1.144.149.415).
13. Facturas de Colchón de cama hospitalaria, expedida por la mueblería del valle.
14. Factura de Venta No. 0644 expedida por la Odontóloga Dra. Dora Eugenia Ordóñez.
15. Facturas de Medicamentos pagados por la lesionada.
16. Facturas por el servicio de Silla de Ruedas pagadas por la lesionada.
17. Cuentas de Cobro por el servicio de transporte en ambulancia pagadas por la lesionada.
18. Cuentas de Cobro por el servicio de transporte pagado por la lesionada.

**D. RELATIVAS AL LUCRO CESANTE:**

19. Certificado Laboral de la Lesionada.
20. Certificados de egresos de la Droguería Extra en favor de La Lesionada por los últimos 3 meses.
21. Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral de La Lesionada, elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.
22. Constancia de Ejecutoria del Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral de La Lesionada, elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.

**E. TESTIMONIALES:****1. Testigos del Accidente:**



- a. **EDWIN CAÑÓN PIEDRAHITA** (C.C. 16.792.083), teléfono 311 628 73 36, domiciliado en la ciudad de Cali, Correo electrónico: [pastor.edwin@comunifecali.org](mailto:pastor.edwin@comunifecali.org)

2. **Testigos que acreditan la legitimación por activa de las personas DOLORES COICUE y SANDRA MARIELA BASTIDAS SERRES:**

- a. **LUDINA CARDOZO** (C.C. No. 38.861.126), teléfono celular 303 392 84 69, domiciliada en Cali, Correo Electrónico [cardozoludivia@gmail.com](mailto:cardozoludivia@gmail.com), quien para efectos de la presente demanda presentará testimonio respecto de cuanto le consta en torno a la relación de hermandad de Crianza entre la Señora Dolores Coicue y la lesionada, y el estrecho vínculo moral entre La Lesionada y Sandra Mariela Bastidas Serres.
- b. **ELIZABETH NAVARRO** (C.C. No. 31.865.432), teléfono celular 318 681 74 16, domiciliada en Cali, Correo Electrónico [elizabethnavarro81961@gmail.com](mailto:elizabethnavarro81961@gmail.com), quien, para efectos de la presente demanda, rendirá testimonio respecto de lo que consta en torno las relaciones de afinidad familiar y moral existente entre las personas DOLORES COICUE y SANDRA MARIELA BASTIDAS SERRES con la Lesionada.
- c. **MARIA GABRIELA NAVARRO** (C.C. No. 38.889.137), teléfono celular 314 774 66 16, Correo Electrónico [gabitogabilan1978@hotmail.com](mailto:gabitogabilan1978@hotmail.com), quien, para efectos de la presente demanda, rendirá testimonio respecto de lo que consta en torno las relaciones de afinidad familiar y moral existente entre las personas DOLORES COICUE y SANDRA MARIELA BASTIDAS SERRES con la Lesionada.

**F. ANEXOS:**

- 23.RC de Matrimonio de Juan Eduardo Torres Cabeza y Paola Fernanda Lozano Ramírez.
- 24.RC de Nacimiento de Paola Fernanda Lozano Ramírez.
- 25.RC de Nacimiento de Diana Camila Lozano Ramírez.
- 26.RC de Nacimiento de Victoria Sofia Torres Lozano.
- 27.RC de Nacimiento de Scarlet Natalia Mendoza lozano.
- 28.RC de Nacimiento de David Marino Lozano Ramírez.
- 29.RC de Nacimiento de Dori Fanny Lozano Montenegro.
- 30.RC de Nacimiento de Marino Lozano Montenegro.
- 31.Permiso Especial de Permanencia Sandra Mariela Bastidas Serres.

**X- DISCRIMINACIÓN DE LAS SUMAS PRETENDIDAS:**

|                     | TOTALES                    |                |
|---------------------|----------------------------|----------------|
| <b>MATERIALES</b>   | LUCRO CESANTE              | \$ 99,181,799  |
|                     | DAÑO EMERGENTE CONSOLIDADO | \$ 6,511,408   |
| <b>INMATERIALES</b> | MORALES                    | \$ 640 SMLMV   |
|                     | SALUD                      | \$ 80 SMLMV    |
|                     | BIENES CONSTITUCIONALES    | \$ 80 SMLMV    |
| <b>GRAN TOTAL</b>   |                            | \$ 905,693,207 |

Como fundamento de lo anterior, me permito, en cuanto a los daños materiales, sustentar dichas sumas en las pruebas documentales presentadas, relativas tanto al Daño emergente consolidado, como las pruebas del lucro cesante.

| Cálculo de la Indemnización debida o consolidada (Vencida)                |                  |      |     |               |             |
|---|------------------|------|-----|---------------|-------------|
|   | AÑO              | *MES | DÍA |               |             |
| Fecha actual o de tasación de los perjuicios:                             | 2022             | 09   | 30  | IPC - Final   | 121,50      |
| Fecha de Nacimiento:  | 1980             | 09   | 17  | Sexo: F       | Edad: 39,10 |
| Fecha en que ocurrieron hechos:   | 2019             | 10   | 21  | IPC - Inicial | 103,43      |
| Ingreso Mensual (si es mínimo mirar tabla de al lado):                    | \$ 1.500.000,00  |      |     |               |             |
| Ingreso Mensual Indexado: (IPC Final / IPC Inicial) x Ingreso mensual     | \$ 1.762.061,30  |      |     |               |             |
| Más 25% Prestaciones sociales   | \$ 440.515,32    |      |     |               |             |
| Total Ingreso Mensual Actualizado   | \$ 2.202.576,62  |      |     |               |             |
| (%) Pérdida de la capacidad laboral (Decimales separados con coma)        | 19,77%           |      |     |               |             |
| Factor de Incapacidad = Ingreso Act. X Pérdida de capacidad Laboral (Ra): | \$ 435.449,40    |      |     |               |             |
| Periodo Vencido en meses (n):   | 35,33            |      |     |               |             |
| Indemnización Debida Actual (S):  | \$ 16.743.708,46 |      |     |               |             |

FÓRMULA FINANCIERA INDEMNIZACIÓN DEBIDA:

$$S = \frac{Ra \times (1 + i)^n - 1}{i}$$

i = interes judicial (art. 2232 C.C. 6% EA= 0,4867% NM)

| Cálculo del Periodo Futuro o Anticipado                                   |                  |         |         |  |
|---|------------------|---------|---------|--|
|   | AÑO              | *MES    | DÍA     | corre desde la fecha de la sentencia hasta el fin de la vida probable de la víctima, esta expectativa se toma de la tabla de mortalidad vigente (R1555/10 Superfinanciera) |
| Fecha final expectativa de vida:  | #VALUE!          | #VALUE! | #VALUE! |  |
| Fecha actual o de tasación de los perjuicios:                             | 2022             | 09      | 30      |  |
| Factor de Incapacidad = Ingreso Act. X Pérdida de capacidad Laboral (Ra): | \$ 435.449,40    |         |         |  |
| Periodo Futuro en meses (n):  | 523,87           |         |         |  |
| Indemnización Futura (S):   | \$ 82.438.090,86 |         |         |  |

FÓRMULA FINANCIERA INDEMNIZACIÓN FUTURA:

$$S = \frac{Ra \times (1 + i)^n - 1}{i(1 + i)^n}$$

i = interes judicial (art. 2232 C.C. 6% EA= 0,4867% NM)

| Lucro Cesante (Sumatoria de la indemnización Actual y Futura) |                  |
|---|------------------|
| Indemnización Debida Actual:                                  | \$ 16.743.708,46 |
| Indemnización Futura:   | \$ 82.438.090,86 |
| TOTAL   | \$ 99.181.799,32 |

Ahora bien, en cuanto a los Daños Inmateriales, me permito invocar como fundamento lo esgrimido en diversa jurisprudencia constitucional y del Consejo de Estado en materia Contencioso Administrativa a continuación descrita.

XI- FUNDAMENTOS DE DERECHO Y ANÁLISIS JURÍDICO:

FUNDAMENTOS SUSTANCIALES

Se fundamenta la presente demanda en los artículos 2356 de Código Civil, piedra angular de la responsabilidad extracontractual por actividades peligrosas.

Respecto de la estructuración de la responsabilidad

La responsabilidad derivada de los accidentes en el tránsito automotor ha sido analizada y catalogada por la jurisprudencia nacional dentro de las denominadas “actividades peligrosas”.

Resulta de suma importancia traer a colación tanto la jurisprudencia desarrollada alrededor de este tipo de responsabilidad por las especiales consecuencias que de ella derivan. Sea lo primero indicar que la jurisprudencia ha identificado como fundamento legal de la responsabilidad por actividades peligrosas lo dispuesto en el artículo 2356 del Código Civil:

*"Sobre la cuestión de quién debe responder por el ejercicio de una actividad peligrosa, como lo es la de conducir vehículos automotores, se han expuesto diferentes tesis como son la del aprovechamiento económico, la de la guarda jurídica y la de la guarda material.*

*La Sala, en línea de principio, ha tomado partido por la última, como quedó plasmado en sentencia de 4 de abril de 2013, exp. 2002-09414-01, cuando señala que "en los casos de responsabilidad extracontractual o aquiliana, le compete al demandante acreditar los presupuestos de su pretensión, y si como fuente de aquella existe una actividad de las denominadas peligrosas, éste se releva de acreditar la incuria o imprudencia de quien aspira obtener el resarcimiento, pues en desarrollo del artículo 2356 del Código Civil, le resulta suficiente demostrar, a más del responsable del menoscabo, el acaecimiento del daño y que el mismo se produjo en desarrollo de una actuación de tales características (...) A este respecto, la Corte ha precisado que 'El responsable por el hecho de las cosas inanimadas es su guardián, o sea quien tiene sobre ellas el poder de mando, dirección y control independientes. Y no es cierto que el carácter de propietario implique necesaria e ineludiblemente el de guardián, pero si lo hace presumir como simple atributo del dominio, mientras no se pruebe lo contrario. ... O sea, la responsabilidad del dueño por el hecho de las cosas inanimadas proviene de la calidad que de guardián de ellas presúmase tener. Y la presunción de guardián puede desvanecerla el propietario si demuestra que transfirió a otra persona la tenencia de la cosa en virtud de un título jurídico, como el de arrendamiento, el de comodato, etc., o que fue despojado inculpablemente de la misma, como en el caso de haberle sido robada o hurtada (...)'* (sentencia de 17 de mayo de 2011, exp. 2005-00345-0)"<sup>2</sup>.

Así pues, cabe destacar que en el caso bajo análisis obra como el Informe Policial de Accidente de Tránsito de No. A000 512652, en el cual **EL AGENTE** consigna como hipótesis de origen al accidente la No. 306: "De la vía: Hueco en la Vía", Hecho que contravienen las disposiciones contenidas en la ley 769 de 2002, pues el deficiente Estado de la Vía Pública puso en riesgo la vida de LA VÍCTIMA, riesgo que finalmente se materializó con **EL ACCIDENTE**.

### **Respecto de los valores reclamados como daños**

La jurisprudencia desarrollada en materia de daños que se citará en el presente documento tiene como fuente la sala civil y la sala penal de nuestra Corte Suprema de Justicia. De igual manera se citará la jurisprudencia desarrollada por el Consejo de Estado, sin embargo, esto se hará meramente de manera referencial para aquellos asuntos en los que no existe desarrollo por parte de la Corte Suprema de Justicia.

### **PERJUICIOS INMATERIALES**

---

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Radicación No. 1100131030322009-00392-01. M. P. FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ. Sentencia del 17/03/2015

Se solicita la indemnización de los perjuicios inmateriales consistentes en: perjuicios morales y perjuicios a la vida de relación. Teniendo en cuenta que estos perjuicios no pueden ser cuantificados, se solicita amablemente

**De los perjuicios morales**

Respecto de los perjuicios morales, debe empezarse por indicar que la víctima de la presente reclamación sufrió lesiones en su cuerpo, tal y como consta en el acervo de pruebas que se adjunta. Lo anterior permite inferir que se le causaron perjuicios de tipo corporal y por ende moral, pues las heridas conllevan sufrimiento y su recuperación también.

Así pues, cabe citar los precedentes de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia:

|   |  |
|---|--|
| Corte Suprema de Justicia. SC 5686 del 19 de diciembre de 2018. (M.P. Margarita Cabello Blanco) <sup>3</sup>                        | \$72.000.000 por muerte entre otros valores para lesiones.   |
| Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 20 de enero de 2009, Expediente 170013103005 1993 0215 016         | \$40.000.000   |
| Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil.Sentencia 26 de agosto de 2010, Expediente No. 470013103003 2005 00611 017        | \$40.000.000 a favor de cada uno de los familiares del occiso  |
| Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil.Sentencia del 17 de noviembre de 2011, Expediente No. 110013103018 1999 00533 018 | \$53.000.000 a favor de familiares de un occiso  |
| Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Penal. Sentencia 33833 del 25 de agosto de 20109.                                       | 700 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de un lesionado por daño moral y daño a la vida de relación. |

En cuanto a los perjuicios extra patrimoniales que se reclaman para **LA PARTE DEMANDANTE** como consecuencia del accidente y a título de daño moral, la Corte Suprema de Justicia ha determinado lo siguiente:

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia. Radicado No. 44001 31 03 001 2001 00050 01. M. P. PEDRO OCTAVIO MUNAR CADENA. De fecha 19/12/2011. Reiterando lo antes dispuesto en sentencia del 21 del 1 de febrero de 1992. Posición reiterada por la sentencia del 17 de mayo de 2011. Exp. 25290-3103-001-2005-00345-0

6 Sala de Casación Civil. Sentencia del 20 de enero de 2009. Expediente 170013103005 1993 00215 01. M. P. PEDRO OCTAVIO MUNAR CADENA: “7.3.3. De otra parte, es innegable que las lesiones de que fue víctima William de Jesús Patiño Montes y sus funestas consecuencias, le produjeron una gran aflicción, pues el sentirse disminuido en sus capacidades físicas e intelectuales, al punto que no pudo continuar llevando su vida normal, ni en el ámbito familiar ni laboral, conforme lo revelan los informes del Instituto de Medicina Legal y la experticia rendida en el proceso, necesariamente causa dolor en el ser humano, amén de las secuelas físicas de carácter permanente que sufrió (deformación facial y perturbación de la locomoción) que, obviamente, repercuten en su autoestima.

Así las cosas, resulta patente que el actor sufrió un perjuicio moral, y, por ende, su indemnización se tasará en la suma de cuarenta millones! de pesos (\$ 40.000.000) mi cte., pero como la apreciación del daño aquí está sujeta a una reducción del 30% el demandado solo será condenado a pagar, por tal concepto, la suma de veintiocho millones de pesos(\$ 28.009.000) m/cte.”



*"En el empeño de encarar directamente el asunto, la Sala precisa que, **para la valoración del quantum del daño moral en materia civil**, estima apropiada la determinación de su cuantía en el marco fáctico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador.*

*Por consiguiente, la Corte itera que la reparación del daño causado y todo el daño causado, cualquiera sea su naturaleza, patrimonial o no patrimonial, es un derecho legítimo de la víctima y en asuntos civiles, la determinación del monto del daño moral como un valor correspondiente a su entidad o magnitud, es cuestión deferida al prudente arbitrio del juzgador según las circunstancias propias del caso concreto y los elementos de convicción"<sup>4</sup>.*

Con la anterior exposición de hechos, pruebas y razones de derecho solicito a ustedes dar respuesta de manera favorable a la presente solicitud, teniendo en cuenta que cada uno de los hechos aquí expuestos ha sido sustentado de manera razonable mediante precedentes jurisprudenciales, fundamentos legales y las pruebas que soportan los hechos narrados.

Cabe reiterar igualmente que, en atención a las heridas y sufrimiento de **LA PARTE DEMANDANTE**, han sufrido un daño moral, el cual por cumplir los requisitos de ser: directo, cierto y personal, tiene la vocación de ser indemnizado conforme el *arbitrio iudicis* y los parámetros fijados por la jurisprudencia en recientes sentencias para tal fin.

#### **Del Daño a Salud:**

Este daño se fundamenta en el precedente establecido por la Corte Suprema de Justicia, corporación que le ha reconocido su carácter autónomo como categoría de daño resarcible. Tal situación se especifica en el siguiente apartado<sup>5</sup>:

*"El daño a la vida de relación se erige, por tanto, como una categoría propia y distinta tanto del daño patrimonial y del perjuicio moral. Este daño, que en nuestra jurisprudencia ha adquirido un cariz autóctono, ajustado a las particularidades de nuestra realidad social y normativa, "se configura cuando el damnificado experimenta una minoración sicofísica que le impide o dificulta la aptitud para gozar de los bienes de la vida que tenía antes del hecho lesivo, y como consecuencia de éste". (Ramón Daniel PIZARRO. Daño moral. Buenos Aires: Edit. Hammurabi, 1996. Pág. 73)*

***La sola privación objetiva de la posibilidad de realizar actividades cotidianas como practicar deportes, escuchar música, asistir a espectáculos, viajar, departir con los amigos o la familia, disfrutar el paisaje, etc., comporta un daño a la vida de relación que debe ser resarcido.***

*Este perjuicio –se reitera– se concibe de manera autónoma y completamente diferenciada del patrimonial o del estrictamente moral. En tal sentido esta Corte ha aclarado: "es una noción que debe ser entendida dentro de los precisos límites y perfiles enunciados, como un daño autónomo que se refleja en la **afectación de la actividad social no patrimonial de la persona**, vista en sentido amplio, sin que pueda pensarse que se trata de una categoría que absorbe, excluye o descarta el reconocimiento de otras clases de daño –patrimonial o extrapatrimonial–*

<sup>4</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sentencia del 19 de septiembre de 2010. 20001-3103-005-2005-00406-01. M.P. William Namén Vargas.

<sup>5</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACIÓN CIVIL M.P.: ARIEL SALAZAR RAMÍREZ. Bogotá D. C., Nueve de diciembre de dos mil trece. Discutido y aprobado en sesión de dieciséis de abril de dos mil trece. Ref.: 88001-31-03-001-2002-00099-01

*que posean alcance y contenido disímil, ni confundirlo con éstos, como si se tratara de una inaceptable amalgama de conceptos, puesto que una indebida interpretación conduciría a que no pudiera cumplirse con la reparación integral ordenada por la ley y la equidad...” (Sentencia de Casación Civil de 13 de mayo de 2008. Exp.: 1997-09327-01)”.*

Así las cosas, es claro que **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ** sufrió un daño a la Salud por cuanto las lesiones sufridas en EL ACCIDENTE acarrearán cambios drásticos en su cotidianidad tales como limitaciones de movilidad, imposibilidad de trabajar, dificultades para comparecer a reuniones sociales, entre otras.

Relatado lo anterior, se ve con claridad la afectación irrogada a la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ.

### **Del daño a Bienes Constitucionalmente Protegidos:**

Respecto del daño a bienes constitucionalmente protegidos, debe tenerse en cuenta que estos fueron instaurados por la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, en sentencia No. SC10297 – 2014, (M.P.: ARIEL SALAZAR RAMÍREZ. Radicación: 11001-31-03-003-2003-00660-01).

El reconocimiento de estos daños parte de la reiteración de una línea jurisprudencial que venía desde el año 2009:

*“De suerte que es ésta la oportunidad propicia para retomar la línea trazada por la jurisprudencia de la Sala y, especialmente, por las sentencias de 13 de mayo de 2008 (Exp. 1997-09327-01) y de 18 de septiembre de 2009 (Exp. 2005-00406-01), con relación al tema del resarcimiento de las diversas subclases de perjuicios que constituyen el daño a la persona o extrapatrimonial; y, en concreto, respecto de la protección en materia civil de los bienes jurídicos de especial relevancia constitucional”.*

Ahora bien, en la sentencia precitada, estos fueron definidos de la siguiente manera.

*“Sólo en este contexto cobra significado la figura que se viene analizando, y con base en esta nueva concepción – más normativa que filosófica– es posible **definir el daño a los bienes esenciales de la personalidad, subjetivos o fundamentales, como el agravio o la lesión que se causa a un derecho inherente al ser humano, que el ordenamiento jurídico debe hacer respetar por constituir una manifestación de su dignidad y de su propia esfera individual**”.* (Subrayado propio).

Respecto de los criterios para conceder esta indemnización, la Corte Suprema de Justicia, ha dicho:

*“El juzgador deberá considerar, en primer lugar, que no es el desconocimiento de cualquier interés personal el que justifica el resarcimiento integral en los términos del artículo 16 de la Ley 446 de 1998, **porque el tipo de daño que se viene analizando solamente se configura cuando se violan ciertos derechos fundamentales que comprometen de modo directo la dignidad, tales como la libertad, la intimidad personal y familiar, la honra y el buen nombre.** Este daño, entonces, debe ser de grave entidad o trascendencia, lo que significa que no debe ser insustancial o fútil, pues no es una simple molestia la que constituye el objeto de la tutela civil. **Naturalmente que toda***

*persona, en tanto pertenece a un conglomerado social y se desenvuelve en él, está llamada a soportar desagradados o perturbaciones secundarias ocasionadas por sus congéneres dentro de ciertos límites, no siendo esas incomodidades las que gozan de relevancia para el derecho; pues es claro que prácticamente cualquier contingencia contractual o extracontractual apareja algún tipo de inconvenientes.*

*De igual manera el fallador habrá de examinar si el resarcimiento que se reclama por concepto de daño a un bien esencial de la personalidad, se halla comprendido en otro rubro susceptible de indemnización, como puede ser el perjuicio patrimonial, el moral, a la salud, o a la vida de relación; a fin de evitar en todo caso un doble resarcimiento de la misma obligación.*

*Así, por ejemplo, si el daño al buen nombre coincide con la afectación del patrimonio de la víctima, y en la demanda se reclaman sendas indemnizaciones, entonces no será posible conceder ambas pretensiones porque en tal caso se estaría en presencia del mismo perjuicio, imposible de ser reparado por partida doble, dado que uno converge en el otro. Lo mismo cabe predicar de aquél frente al daño moral o a la vida de relación cuando no aparezcan claramente diferenciados.*

*No obstante, es posible que el quebranto de los intereses superiores de carácter personalísimo coexista con otro tipo de daño cuando cada uno de ellos tiene su causa adecuada en una conducta distinta y no confluye en un único perjuicio.*

*Como también puede ser que el actor únicamente reclame la indemnización del daño a los bienes jurídicos esenciales al individuo porque su interés se centra en la reivindicación de su dignidad, más que en el resarcimiento de un padecimiento interior a su psiquis, de un eventual detrimento patrimonial, o de un menoscabo a su vida de relación.*

*En tales eventos, mal podría negarse la reparación civil de una garantía fundamental por el hecho de no haberse demostrado su repercusión en la lesión a un bien de inferior raigambre, pues de lo contrario la tutela efectiva civil no se predicaría del interés superior, sino de otros que podrían ser, incluso, incidentales al perjuicio que se causa a un derecho de carácter personalísimo.*

*Ello quiere decir que la vulneración a un interés jurídico constitucionalmente resguardado no deja de ser resarcible por el hecho de no tener consecuencias en la afectación de otros bienes como el patrimonio, la vida de relación, o la esfera psíquica o interior del sujeto; y, por el contrario, solo debe negarse su reparación cuando se subsume en otro tipo de perjuicio o se identifica con él, a fin de evitar un pago múltiple de la misma prestación.*

*Puede decirse, en síntesis, que existen ciertos parámetros que no constituyen una limitación al libre arbitrio del juzgador, pero que es aconsejable tener en cuenta a fin de evitar que se indemnizen situaciones que no lo merecen. Así, por ejemplo, hay que evaluar si el hecho lesivo vulnera o no un interés jurídico que goza de especial protección constitucional por estar referido al ámbito de los derechos personalísimos; si ese perjuicio confluye o converge en otro de dimensiones específicas como el daño patrimonial, el moral, a la salud o a la vida de relación, de tal suerte que se presenten como una misma entidad; o si, por el contrario, es posible su coexistencia con esos otros tipos de daños por distinguirse claramente de ellos o tener su fuente en circunstancias fácticas diferenciables; entre otras particularidades imposibles de prever de manera apriorística, dado que solo las peculiaridades de cada caso permiten arribar a la decisión más equitativa y ajustada a derecho.” (Subrayado propio).*

Cabe recordar que PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ sufrió una grave afectación derivada de sus lesiones, pues se vio expuesta a condiciones indignas, derivadas del accidente en comento. En tal sentido cabe afirmar que se vio afectada en su **dignidad humana**. Constancia de ello se encuentra en los testimonios y en las declaraciones de parte que serán tenidas en cuenta dentro de la presente audiencia, así como en las correspondientes historias clínicas que se aportan.

### **PERJUICIOS MATERIALES**

Se reclaman perjuicios materiales en virtud del principio de reparación integral del daño, en este sentido se solicita se de aplicación al criterio de la equidad a fin de permitir que sin que haya prueba de algunas erogaciones, se tengan como dadas, en efecto a otras pruebas que demuestran que efectivamente se causaron y pruebas alternativas de su tasación.

### **Lucro cesante pasado (o consolidado) y lucro cesante futuro (o no consolidado).**

Se reclaman perjuicios de carácter material consistentes en lucro cesante. Para tal fin se aporta como prueba Certificado Laboral y certificados de incapacidades de LA LESIONADA.

Al igual que para el caso de PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, se solicita que como prueba del daño, se de aplicación a la presunción de que devengaba como mínimo un salario mínimo legal mensual vigente.

### **Daño emergente:**

Se reclaman perjuicios ocasionados por el accidente del que fue víctima la señora **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ**, los cuales consisten en gastos directamente derivados de los hechos objeto de demanda.

Como tasación de estas erogaciones se adjuntan facturas de servicios de transporte varias, cotizaciones y facturas de los demás gastos.

### **RESPECTO DE LA TASACIÓN DE LOS DAÑOS**

#### **Criterio de la equidad**

Atendiendo al derecho que tienen las víctimas a que se les repare integralmente y a que se les juzgue con equidad, se solicita aplicar dichos principios para presumir que la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ devengaba más de un salario mínimo legal mensual vigente.

Resultaría contrario a la equidad, negar la indemnización a la señora demandante, argumentando carencias probatorias, siendo que se brindan pruebas relacionadas con los valores reclamados y cotizaciones que permiten inferir sin mayores dudas que dichos desembolsos sí se hicieron.

Sirven de fundamento a dicha pretensión el artículo 16 de la ley 446 de 1998:

*ARTÍCULO 16. Valoración de daños. Dentro de cualquier proceso que se surta ante la Administración de Justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas, **atenderá los principios de reparación***



***integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales.***  
***(Subrayado y negritas ajenas al texto original).***

Así mismo sucede con reiterados pronunciamientos jurisprudenciales en los que se establece que la equidad es un mecanismo idóneo para tasar perjuicios:

*“Las diferencias de fechas de expedición es de tan solo seis (6) días, por lo que no se comprende que expresen contenidos disímiles; y para cuando se remitió la primera, ya se había expedido la sentencia del tribunal y de esta Corporación casando parcialmente aquella; razón suficiente, como se dijo en otro aparte de este fallo, para descartarlas probatoriamente, y acoger, por razones de equidad y del principio de reparación integral, el salario mínimo legal mensual vigente para cuantificar el lucro cesante, por no existir otros elementos persuasivos que demuestren puntual y certeramente los ingresos”<sup>6</sup>*

## **XII- NOTIFICACIONES:**

### **DEMANDADOS:**

**DISTRITO ESPECIAL DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI:** El Distrito Especial de Cali las recibirá en el Centro Administrativo Municipal (CAM), ubicado en la Avenida 2ª Norte # 10-70 de la ciudad de Cali, Valle del Cauca, o en la dirección de correo electrónico [notificacionesjudiciales@cali.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@cali.gov.co)

### **VINCULADOS INTERVINIENTES:**

**AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JURÍDICA DEL ESTADO:** Las recibirá en la dirección Carrera 7 # 75-66 piso 2 y 3 de Bogotá D.C., o en la dirección de correo electrónico [procesosnacionales@defensajuridica.gov.co](mailto:procesosnacionales@defensajuridica.gov.co)

### **DEMANDANTES:**

Los demandantes las recibirán en las siguientes direcciones de notificación judicial a saber:

| <b>DEMANDANTE:</b>            | <b>DOMICILIO:</b>                                     | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>   |
|-------------------------------|---|--|
| PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ | Carrera 38 No. 11g – 33, Barrio Las Américas de Cali. | <a href="mailto:Pafelo80@hotmail.com">Pafelo80@hotmail.com</a>                               |
| JUAN EDUARDO TORRES CABEZA    | Carrera 38 No. 11g – 33, Barrio Las Américas de Cali. | <a href="mailto:demandantes.familialozano@gmail.com">demandantes.familialozano@gmail.com</a> |
| ADIELA RAMÍREZ VÉLEZ          | Carrera 38 No. 11g – 33, Barrio Las Américas de Cali. | <a href="mailto:Arave2401@gmail.com">Arave2401@gmail.com</a>                                 |
| MARINO LOZANO MONTENEGRO      | Carrera 38 No. 11g – 33, Barrio Las Américas de Cali. | <a href="mailto:Malomo0612@gmail.com">Malomo0612@gmail.com</a>                               |

<sup>6</sup> **MARGARITA CABELLO BLANCO (M.P.).** SC2498-2018. Radicación n° 11001-31-03-029-2006-00272-01. Sentencia del tres (3) de julio de dos mil dieciocho (2018).

|                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| DIANA CAMILA<br>LOZANO RAMÍREZ     | Carrera 38 No.<br>11g – 33, Barrio<br>Las Américas de<br>Cali. | <a href="mailto:dianacamilalozanoramirez@gmail.com">dianacamilalozanoramirez@gmail.com</a>   |
| VICTORIA SOFIA<br>TORRES LOZANO    | Carrera 38 No.<br>11g – 33, Barrio<br>Las Américas de<br>Cali. | <a href="mailto:demandantes.familialozano@gmail.com">demandantes.familialozano@gmail.com</a><br>y <a href="mailto:pafelo80@hotmail.com">pafelo80@hotmail.com</a> |
| SCARLET NATALIA<br>MENDOZA LOZANO  | Carrera 38 No.<br>11g – 33, Barrio<br>Las Américas de<br>Cali. | <a href="mailto:dianacamilalozanoramirez@gmail.com">dianacamilalozanoramirez@gmail.com</a>   |
| DAVID MARINO<br>LOZANO RAMÍREZ     | Carrera 38 No.<br>11g – 33, Barrio<br>Las Américas de<br>Cali. | <a href="mailto:davidramirezdrums@gmail.com">davidramirezdrums@gmail.com</a>   |
| DORI FANNY<br>LOZANO<br>MONTENEGRO | Carrera 38 No.<br>11g – 33, Barrio<br>Las Américas de<br>Cali. | <a href="mailto:Dolomo1304@gmail.com">Dolomo1304@gmail.com</a>   |
| DOLORES COICUE                     | Carrera 38 No.<br>11g – 33, Barrio<br>Las Américas de<br>Cali. | <a href="mailto:Doco3004@gmail.com">Doco3004@gmail.com</a>   |
| SANDRA MARIELA<br>BASTIDAS         | Carrera 38 No.<br>11g – 33, Barrio<br>Las Américas de<br>Cali. | <a href="mailto:sandramabas@hotmail.com">sandramabas@hotmail.com</a>   |

**APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE:**

Las recibiré en la dirección Carrera 3 # 10-65, Oficina 1001 del Edificio Gran Colombiano de la ciudad de Cali, en la dirección de correo electrónico [consultas@abogadosjl.com](mailto:consultas@abogadosjl.com), o ante las instalaciones de su despacho.

Del Señor Juez;



**JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ**  
C.C. No. 1.144.037.267 de Cali  
T.P. No. 233.555 del C.S.J.



JUSTILEX ABOGADOS &lt;consultas@abogadosjl.com&gt;

**Poder Juzgado Dori Fanny Lozano Montenegro**

1 mensaje

**Dori Fanny Lozano Montenegro** <dolomo1304@gmail.com>  
Para: Consultas@abogadosjl.com

11 de octubre de 2021, 19:35

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Dori Fanny Lozano Montenegro].....

Señores  
JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CALI - REPARTO  
E. S. D.

Referencia: Poder

Las siguientes personas, vecinas de Cali, identificadas y en las calidades que se aducen a continuación:

\_\_\_ Nombre: Dori Fanny Lozano Montenegro  
\_\_\_ Identidad: C.C. No. 31.226.087  
\_\_\_ Calidad: Tia Paterna de la víctima  
\_\_\_ Representación: En nombre propio.

Obrando en mi nombre y representación, mediante el presente documento conferimos poder a los abogados JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ (C.C. No. 1.144.037.267 de Cali y T.P. No. 233.555 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, y a ERICK SAID HERRERA ACHITO (C.C. No. 1.130.623.319 de Cali y T.P. No. 256.001 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, para que ante su despacho, adelanten demanda de reparación directa con miras a obtener condena declarativa de responsabilidad extracontractual contra de:

- MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI (NIT. 890399011-3).

Lo anterior por los hechos y con las pretensiones que se describen con mayor claridad en el escrito de demanda. Principalmente referidas a la indemnización de todo tipo de perjuicios derivados del accidente de tránsito sufrido por la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, el 21 de octubre de 2019, en la calle 25 entre carreras 95 y 99, ocasionado por un hueco en la vía.

Mis apoderados quedan facultados expresamente para recibir y notificarse en mi nombre, sustituir, reasumir y renunciar al presente mandato igualmente para que ejerzan todas las acciones tendientes a defender y garantizar mis derechos sin que pueda suponerse en momento alguno que este poder sea insuficiente para los propósitos indicados. De igual manera, expresamente los facultamos para que interpongan contra ustedes acción de tutela, en caso de considerarlo necesario. Sírvese por favor conceder a nuestros apoderados la correspondiente personería para que actúen conforme al poder otorgado. Quedan facultados expresamente para recibir, transigir, conciliar, desistir e interponer procesos ejecutivos.

Se confiere este poder conforme los lineamientos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

SE CONFIERE EL PRESENTE PODER AL CORREO ELECTRÓNICO DE LOS APODERADOS:  
[CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM](mailto:CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM)

Como constancia de lo anterior dejamos registro de nuestra antefirma:

[.....Dori Fanny Lozano Montenegro .....]

Aceptamos el poder conferido a nosotros y en constancia plasmamos nuestra antefirma,

JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ  
C. C. No. 1.144.037.267 de Cali  
T. P. No. 233.555 del C.S. J.

12/10/21 9:05

Correo de JUSTILEX ABOGADOS - Poder Juzgado Dori Fanny Lozano Montenegro

ERICK SAID HERRERA ACHITO

C. C. No. 1.130.623.319 de Cali

T. P. No. 256.001 del C.S.J.

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Dori Fanny Lozano Montenegro].....



JUSTILEX ABOGADOS &lt;consultas@abogadosjl.com&gt;

**Poder Juzgado Maria Deice Ramirez Velez**

1 mensaje

**Maria Deice Ramírez Vélez** <madera0401@gmail.com>

11 de octubre de 2021, 19:20

Para: Consultas@abogadosjl.com

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [María Deice Ramírez Vélez].....

Señores  
JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CALI - REPARTO  
E. S. D.

Referencia: Poder

Las siguientes personas, vecinas de Cali, identificadas y en las calidades que se aducen a continuación:

\_\_\_ Nombre: María Deice Ramírez Vélez  
\_\_\_ Identidad: C.C. No. 38.436.584  
\_\_\_ Calidad: Tia Materna de la víctima  
\_\_\_ Representación: En nombre propio.

Obrando en mi nombre y representación, mediante el presente documento conferimos poder a los abogados JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ (C.C. No. 1.144.037.267 de Cali y T.P. No. 233.555 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, y a ERICK SAID HERRERA ACHITO (C.C. No. 1.130.623.319 de Cali y T.P. No. 256.001 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, para que ante su despacho, adelanten demanda de reparación directa con miras a obtener condena declarativa de responsabilidad extracontractual contra de:

- MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI (NIT. 890399011-3).

Lo anterior por los hechos y con las pretensiones que se describen con mayor claridad en el escrito de demanda. Principalmente referidas a la indemnización de todo tipo de perjuicios derivados del accidente de tránsito sufrido por la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, el 21 de octubre de 2019, en la calle 25 entre carreras 95 y 99, ocasionado por un hueco en la vía.

Mis apoderados quedan facultados expresamente para recibir y notificarse en mi nombre, sustituir, reasumir y renunciar al presente mandato igualmente para que ejerzan todas las acciones tendientes a defender y garantizar mis derechos sin que pueda suponerse en momento alguno que este poder sea insuficiente para los propósitos indicados. De igual manera, expresamente los facultamos para que interpongan contra ustedes acción de tutela, en caso de considerarlo necesario. Sírvese por favor conceder a nuestros apoderados la correspondiente personería para que actúen conforme al poder otorgado. Quedan facultados expresamente para recibir, transigir, conciliar, desistir e interponer procesos ejecutivos.

Se confiere este poder conforme los lineamientos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

SE CONFIERE EL PRESENTE PODER AL CORREO ELECTRÓNICO DE LOS APODERADOS:

[CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM](mailto:CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM)

Como constancia de lo anterior dejamos registro de nuestra antefirma:

[.....María Deice Ramírez Vélez .....]

Aceptamos el poder conferido a nosotros y en constancia plasmamos nuestra antefirma,

JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ  
C. C. No. 1.144.037.267 de Cali  
T. P. No. 233.555 del C.S. J.



ERICK SAID HERRERA ACHITO  
C. C. No. 1.130.623.319 de Cali  
T. P. No. 256.001 del C.S.J.

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [María Deice Ramírez Vélez].....



JUSTILEX ABOGADOS &lt;consultas@abogadosjl.com&gt;

**Poder Juzgado Marino Lozano Montenegro**

1 mensaje

**Marino Lozano Montenegro** <malomo0612@gmail.com>  
Para: Consultas@abogadosjl.com

11 de octubre de 2021, 19:04

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Marino Lozano Montenegro].....

Señores  
JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CALI - REPARTO  
E. S. D.

Referencia: Poder

Las siguientes personas, vecinas de Cali, identificadas y en las calidades que se aducen a continuación:

\_\_\_ Nombre: Marino Lozano Montenegro  
\_\_\_ Identidad: C.C. No. 2.939.852  
\_\_\_ Calidad: Padre de la víctima  
\_\_\_ Representación: En nombre propio.

Obrando en mi nombre y representación, mediante el presente documento conferimos poder a los abogados JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ (C.C. No. 1.144.037.267 de Cali y T.P. No. 233.555 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, y a ERICK SAID HERRERA ACHITO (C.C. No. 1.130.623.319 de Cali y T.P. No. 256.001 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, para que ante su despacho, adelanten demanda de reparación directa con miras a obtener condena declarativa de responsabilidad extracontractual contra de:

- MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI (NIT. 890399011-3).

Lo anterior por los hechos y con las pretensiones que se describen con mayor claridad en el escrito de demanda. Principalmente referidas a la indemnización de todo tipo de perjuicios derivados del accidente de tránsito sufrido por la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, el 21 de octubre de 2019, en la calle 25 entre carreras 95 y 99, ocasionado por un hueco en la vía.

Mis apoderados quedan facultados expresamente para recibir y notificarse en mi nombre, sustituir, reasumir y renunciar al presente mandato igualmente para que ejerzan todas las acciones tendientes a defender y garantizar mis derechos sin que pueda suponerse en momento alguno que este poder sea insuficiente para los propósitos indicados. De igual manera, expresamente los facultamos para que interpongan contra ustedes acción de tutela, en caso de considerarlo necesario. Sírvese por favor conceder a nuestros apoderados la correspondiente personería para que actúen conforme al poder otorgado. Quedan facultados expresamente para recibir, transigir, conciliar, desistir e interponer procesos ejecutivos.

Se confiere este poder conforme los lineamientos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

SE CONFIERE EL PRESENTE PODER AL CORREO ELECTRÓNICO DE LOS APODERADOS:  
[CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM](mailto:CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM)

Como constancia de lo anterior dejamos registro de nuestra antefirma:

[.....Marino Lozano Montenegro .....]

Aceptamos el poder conferido a nosotros y en constancia plasmamos nuestra antefirma,

JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ  
C. C. No. 1.144.037.267 de Cali  
T. P. No. 233.555 del C.S. J.

12/10/21 9:07

Correo de JUSTILEX ABOGADOS - Poder Juzgado Marino Lozano Montenegro

ERICK SAID HERRERA ACHITO  
C. C. No. 1.130.623.319 de Cali  
T. P. No. 256.001 del C.S.J.

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Marino Lozano Montenegro].....



JUSTILEX ABOGADOS &lt;consultas@abogadosjl.com&gt;

**Poder Juzgado Paola Fernanda Lozano Ramirez, Juan Eduardo Torres Cabeza y Victoria Sofia Torres Lozano**

1 mensaje

**Paola Fernanda Lozano Ramirez** <pafelo80@hotmail.com>  
Para: "Consultas@abogadosjl.com" <consultas@abogadosjl.com>

11 de octubre de 2021, 18:48

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Paola Fernanda Lozano Ramírez – C.C. No. 31.484.077 / Juan Eduardo Torres Cabeza – C.E. 612.624 / Ambos en nombre propio y de su menor hija: Victoria Sofía Torres - R.C. No. 1.108.259.238].....

Señores

JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CALI - REPARTO

E. S. D.

Referencia: Poder

Las siguientes personas, vecinas de Cali, identificadas y en las calidades que se aducen a continuación:

\_\_\_Nombre: Paola Fernanda Lozano Ramírez

\_\_\_Identidad: C.C. No. 31.484.077

\_\_\_Calidad: Víctima

\_\_\_Representación: En nombre propio y de su menor hija: Victoria Sofía Torres - R.C. No. 1.108.259.238

\_\_\_Nombre: Juan Eduardo Torres Cabeza

\_\_\_Identidad: C.E. 612.624

\_\_\_Calidad: Esposo de la víctima

\_\_\_Representación: En nombre propio y de su menor hija: Victoria Sofía Torres - R.C. No. 1.108.259.238

\_\_\_Nombre: Victoria Sofía Torres

\_\_\_Identidad: R.C. No. 1.108.259.238

\_\_\_Calidad: Hija de la víctima

\_\_\_Representación: representada por sus padres: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ y JUAN EDUARDO TORRES CABEZA

Obrando en nuestros respectivos nombres y en representación de los menores enunciados, mediante el presente documento conferimos poder a los abogados JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ (C.C. No. 1.144.037.267 de Cali y T.P. No. 233.555 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, y a ERICK SAID HERRERA ACHITO (C.C. No.

1.130.623.319 de Cali y T.P. No. 256.001 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, para que ante su despacho, adelanten demanda de reparación directa con miras a obtener condena declarativa de responsabilidad extracontractual contra de:

- MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI (NIT. 890399011-3).

Lo anterior por los hechos y con las pretensiones que se describen con mayor claridad en el escrito de demanda. Principalmente referidas a la indemnización de todo tipo de perjuicios derivados del accidente de tránsito sufrido por la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, el 21 de octubre de 2019, en la calle 25 entre carreras 95 y 99, ocasionado por un hueco en la vía.

Mis apoderados quedan facultados expresamente para recibir y notificarse en mi nombre, sustituir, reasumir y renunciar al presente mandato igualmente para que ejerzan todas las acciones tendientes a defender y garantizar mis derechos sin que pueda suponerse en momento alguno que este poder sea insuficiente para los propósitos indicados. De igual manera, expresamente los facultamos para que interpongan contra ustedes acción de tutela, en caso de considerarlo necesario. Sírvese por favor conceder a nuestros apoderados la correspondiente personería para que actúen conforme al poder otorgado. Quedan facultados expresamente para recibir, transigir, conciliar, desistir e interponer procesos ejecutivos.

Se confiere este poder conforme los lineamientos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

SE CONFIERE EL PRESENTE PODER AL CORREO ELECTRÓNICO DE LOS APODERADOS:  
[CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM](mailto:CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM)

Como constancia de lo anterior dejamos registro de nuestra antefirma:

[.....Paola Fernanda Lozano Ramírez – C.C. No. 31.484.077 / Juan Eduardo Torres Cabeza – C.E. 612.624 / Ambos en nombre propio y de su menor hija: Victoria Sofía Torres - R.C. No. 1.108.259.238.....]

Aceptamos el poder conferido a nosotros y en constancia plasmamos nuestra antefirma,

JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ

C. C. No. 1.144.037.267 de Cali

T. P. No. 233.555 del C.S. J.

ERICK SAID HERRERA ACHITO

C. C. No. 1.130.623.319 de Cali

T. P. No. 256.001 del C.S.J.



12/10/21 9:08

Correo de JUSTILEX ABOGADOS - Poder Juzgado Paola Fernanda Lozano Ramirez, Juan Eduardo Torres Cabeza y Victoria Sofia ...

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Paola Fernanda Lozano Ramírez – C.C. No. 31.484.077 / Juan Eduardo Torres Cabeza – C.E. 612.624 / Ambos en nombre propio y de su menor hija: Victoria Sofía Torres - R.C. No. 1.108.259.238].....



JUSTILEX ABOGADOS &lt;consultas@abogadosjl.com&gt;

**Poder Juzgado Sandra Mariela Bastidas Serres**

1 mensaje

**Sandra Bastidas** <sandramabas@hotmail.com>  
Para: "consultas@abogadosjl.com" <consultas@abogadosjl.com>

11 de octubre de 2021, 21:34

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Sandra Mariela Bastidas Serres].....

Señores  
JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CALI - REPARTO  
E. S. D.

Referencia: Poder

Las siguientes personas, vecinas de Cali, identificadas y en las calidades que se aducen a continuación:

\_\_\_ Nombre: Sandra Mariela Bastidas Serres  
\_\_\_ Identidad: C.C. No. P.E.P. 931103707081968  
\_\_\_ Calidad: Tercera Afectada de la víctima  
\_\_\_ Representación: En nombre propio.

Obrando en mi nombre y representación, mediante el presente documento conferimos poder a los abogados JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ (C.C. No. 1.144.037.267 de Cali y T.P. No. 233.555 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, y a ERICK SAID HERRERA ACHITO (C.C. No. 1.130.623.319 de Cali y T.P. No. 256.001 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, para que ante su despacho, adelanten demanda de reparación directa con miras a obtener condena declarativa de responsabilidad extracontractual contra de:

- MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI (NIT. 890399011-3).

Lo anterior por los hechos y con las pretensiones que se describen con mayor claridad en el escrito de demanda. Principalmente referidas a la indemnización de todo tipo de perjuicios derivados del accidente de tránsito sufrido por la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, el 21 de octubre de 2019, en la calle 25 entre carreras 95 y 99, ocasionado por un hueco en la vía. Mis apoderados quedan facultados expresamente para recibir y notificarse en mi nombre, sustituir, reasumir y renunciar al presente mandato igualmente para que ejerzan todas las acciones tendientes a defender y garantizar mis derechos sin que pueda suponerse en momento alguno que este poder sea insuficiente para los propósitos indicados. De igual manera, expresamente los facultamos para que interpongan contra ustedes acción de tutela, en caso de considerarlo necesario. Sírvese por favor conceder a nuestros apoderados la correspondiente personería para que actúen conforme al poder otorgado. Quedan facultados expresamente para recibir, transigir, conciliar, desistir e interponer procesos ejecutivos. Se confiere este poder conforme los lineamientos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

SE CONFIERE EL PRESENTE PODER AL CORREO ELECTRÓNICO DE LOS APODERADOS:  
[CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM](mailto:CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM)

Como constancia de lo anterior dejamos registro de nuestra antefirma:

[.....Sandra Mariela Bastidas Serres .....]

Aceptamos el poder conferido a nosotros y en constancia plasmamos nuestra antefirma,

JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ  
C. C. No. 1.144.037.267 de Cali  
T. P. No. 233.555 del C.S. J.

ERICK SAID HERRERA ACHITO  
C. C. No. 1.130.623.319 de Cali  
T. P. No. 256.001 del C.S.J.

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Sandra Mariela Bastidas Serres].....



JUSTILEX ABOGADOS &lt;consultas@abogadosjl.com&gt;

**Poderes Del Juzgado Paola F. Lozano**

1 mensaje

**Paola Fernanda Lozano Ramirez** <pafelo80@hotmail.com>  
Para: "Consultas@abogadosjl.com" <consultas@abogadosjl.com>

11 de octubre de 2021, 10:49

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Paola Fernanda Lozano Ramírez – C.C. No. 31.484.077 / Juan Eduardo Torres Cabeza – C.E. 612.624 / Ambos en nombre propio y de su menor hija: Victoria Sofía Torres - C.C. No. 1.108.259.238].....

Señores  
JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CALI - REPARTO  
E. S. D.

Referencia: Poder

Las siguientes personas, vecinas de Cali, identificadas y en las calidades que se aducen a continuación:

\_\_\_ Nombre: Paola Fernanda Lozano Ramírez  
\_\_\_ Identidad: C.C. No. 31.484.077  
\_\_\_ Calidad: Víctima  
\_\_\_ Representación: En nombre propio y de su menor hija: Victoria Sofía Torres - C.C. No. 1.108.259.238  
\_\_\_ Nombre: Juan Eduardo Torres Cabeza  
\_\_\_ Identidad: C.E. 612.624  
\_\_\_ Calidad: Esposo de la víctima  
\_\_\_ Representación: En nombre propio y de su menor hija: Victoria Sofía Torres - C.C. No. 1.108.259.238  
  
\_\_\_ Nombre: Victoria Sofía Torres  
\_\_\_ Identidad: R.C. No. 1.108.259.238  
\_\_\_ Calidad: Hija de la víctima  
\_\_\_ Representación: representada por sus padres: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ y JUAN EDUARDO TORRES CABEZA

Obrando en nuestros respectivos nombres y en representación de los menores enunciados, mediante el presente documento conferimos poder a los abogados JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ (C.C. No. 1.144.037.267 de Cali y T.P. No. 233.555 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, y a ERICK SAID HERRERA ACHITO (C.C. No. 1.130.623.319 de Cali y T.P. No. 256.001 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, para que ante su despacho, adelanten demanda de reparación directa con miras a obtener condena declarativa de responsabilidad extracontractual contra de:

- MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI (NIT. 890399011-3).

Lo anterior por los hechos y con las pretensiones que se describen con mayor claridad en el escrito de demanda. Principalmente referidas a la indemnización de todo tipo de perjuicios derivados del accidente de tránsito sufrido por la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, el 21 de octubre de 2019, en la calle 25 entre carreras 95 y 99, ocasionado por un hueco en la vía.

Mis apoderados quedan facultados expresamente para recibir y notificarse en mi nombre, sustituir, reasumir y renunciar al presente mandato igualmente para que ejerzan todas las acciones tendientes a defender y garantizar mis derechos sin que pueda suponerse en momento alguno que este poder sea insuficiente para los propósitos indicados. De igual manera, expresamente los facultamos para que interpongan contra ustedes acción de tutela, en caso de considerarlo necesario. Sírvese por favor conceder a nuestros apoderados la correspondiente personería para que actúen conforme al poder otorgado. Quedan facultados expresamente para recibir, transigir, conciliar, desistir e interponer procesos ejecutivos.

Se confiere este poder conforme los lineamientos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

SE CONFIERE EL PRESENTE PODER AL CORREO ELECTRÓNICO DE LOS APODERADOS:  
[CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM](mailto:CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM)

Como constancia de lo anterior dejamos registro de nuestra antefirma:

[.....Paola Fernanda Lozano Ramírez – C.C. No. 31.484.077 / Juan Eduardo Torres Cabeza – C.E. 612.624 / Ambos en nombre propio y de su menor hija: Victoria Sofía Torres - C.C. No. 1.108.259.238.....]

Aceptamos el poder conferido a nosotros y en constancia plasmamos nuestra antefirma,

JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ  
C. C. No. 1.144.037.267 de Cali  
T. P. No. 233.555 del C.S. J.

ERICK SAID HERRERA ACHITO  
C. C. No. 1.130.623.319 de Cali  
T. P. No. 256.001 del C.S.J.

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Paola Fernanda Lozano Ramírez – C.C. No. 31.484.077 / Juan Eduardo Torres Cabeza – C.E. 612.624 / Ambos en nombre propio y de su menor hija: Victoria Sofía Torres - C.C. No. 1.108.259.238].....

Enviado desde mi Samsung Mobile de Claro  
Get [Outlook para Android](#)





JUSTILEX ABOGADOS &lt;consultas@abogadosjl.com&gt;

**PODER - David Lozano R**

1 mensaje

**David Lozano** <davidramirezdrums@gmail.com>  
Para: Consultas@abogadosjl.com

12 de octubre de 2021, 08:20

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [David Marino Lozano Ramirez].....

Señores  
JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CALI - REPARTO  
E. S. D.

Referencia: Poder

Las siguientes personas, vecinas de Cali, identificadas y en las calidades que se aducen a continuación:

\_\_\_ Nombre: David Marino Lozano Ramirez  
\_\_\_ Identidad: C.C. No. 1.144.159.580  
\_\_\_ Calidad: Hermano de la víctima  
\_\_\_ Representación: En nombre propio.

Obrando en mi nombre y representación, mediante el presente documento conferimos poder a los abogados JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ (C.C. No. 1.144.037.267 de Cali y T.P. No. 233.555 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, y a ERICK SAID HERRERA ACHITO (C.C. No. 1.130.623.319 de Cali y T.P. No. 256.001 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, para que ante su despacho, adelanten demanda de reparación directa con miras a obtener condena declarativa de responsabilidad extracontractual contra de:

- MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI (NIT. 890399011-3).

Lo anterior por los hechos y con las pretensiones que se describen con mayor claridad en el escrito de demanda. Principalmente referidas a la indemnización de todo tipo de perjuicios derivados del accidente de tránsito sufrido por la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, el 21 de octubre de 2019, en la calle 25 entre carreras 95 y 99, ocasionado por un hueco en la vía.

Mis apoderados quedan facultados expresamente para recibir y notificarse en mi nombre, sustituir, reasumir y renunciar al presente mandato igualmente para que ejerzan todas las acciones tendientes a defender y garantizar mis derechos sin que pueda suponerse en momento alguno que este poder sea insuficiente para los propósitos indicados. De igual manera, expresamente los facultamos para que interpongan contra ustedes acción de tutela, en caso de considerarlo necesario. Sírvese por favor conceder a nuestros apoderados la correspondiente personería para que actúen conforme al poder otorgado. Quedan facultados expresamente para recibir, transigir, conciliar, desistir e interponer procesos ejecutivos.

Se confiere este poder conforme los lineamientos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

SE CONFIERE EL PRESENTE PODER AL CORREO ELECTRÓNICO DE LOS APODERADOS:  
[CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM](mailto:CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM)

Como constancia de lo anterior dejamos registro de nuestra antefirma:

[.....David Marino Lozano Ramirez .....]

Aceptamos el poder conferido a nosotros y en constancia plasmamos nuestra antefirma,

JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ  
C. C. No. 1.144.037.267 de Cali  
T. P. No. 233.555 del C.S. J.

12/10/21 9:03

Correo de JUSTILEX ABOGADOS - PODER - David Lozano R

ERICK SAID HERRERA ACHITO  
C. C. No. 1.130.623.319 de Cali  
T. P. No. 256.001 del C.S.J.

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [David Marino Lozano Ramirez].....



JUSTILEX ABOGADOS &lt;consultas@abogadosjl.com&gt;

**Poder Juzgado Adielsa Ramirez Velez**

1 mensaje

**Adielsa Ramirez Velez** <arave2401@gmail.com>

11 de octubre de 2021, 19:12

Para: Consultas@abogadosjl.com

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Adielsa Ramirez Velez].....

Señores  
JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CALI - REPARTO  
E. S. D.

Referencia: Poder

Las siguientes personas, vecinas de Cali, identificadas y en las calidades que se aducen a continuación:

\_\_\_ Nombre: Adielsa Ramirez Velez  
\_\_\_ Identidad: C.C. No. 31.232.803  
\_\_\_ Calidad: Madre de la víctima  
\_\_\_ Representación: En nombre propio.

Obrando en mi nombre y representación, mediante el presente documento conferimos poder a los abogados JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ (C.C. No. 1.144.037.267 de Cali y T.P. No. 233.555 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, y a ERICK SAID HERRERA ACHITO (C.C. No. 1.130.623.319 de Cali y T.P. No. 256.001 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, para que ante su despacho, adelanten demanda de reparación directa con miras a obtener condena declarativa de responsabilidad extracontractual contra de:

- MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI (NIT. 890399011-3).

Lo anterior por los hechos y con las pretensiones que se describen con mayor claridad en el escrito de demanda. Principalmente referidas a la indemnización de todo tipo de perjuicios derivados del accidente de tránsito sufrido por la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, el 21 de octubre de 2019, en la calle 25 entre carreras 95 y 99, ocasionado por un hueco en la vía.

Mis apoderados quedan facultados expresamente para recibir y notificarse en mi nombre, sustituir, reasumir y renunciar al presente mandato igualmente para que ejerzan todas las acciones tendientes a defender y garantizar mis derechos sin que pueda suponerse en momento alguno que este poder sea insuficiente para los propósitos indicados. De igual manera, expresamente los facultamos para que interpongan contra ustedes acción de tutela, en caso de considerarlo necesario. Sírvese por favor conceder a nuestros apoderados la correspondiente personería para que actúen conforme al poder otorgado. Quedan facultados expresamente para recibir, transigir, conciliar, desistir e interponer procesos ejecutivos.

Se confiere este poder conforme los lineamientos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

SE CONFIERE EL PRESENTE PODER AL CORREO ELECTRÓNICO DE LOS APODERADOS:

[CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM](mailto:CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM)

Como constancia de lo anterior dejamos registro de nuestra antefirma:

[.....Adielsa Ramirez Velez .....]

Aceptamos el poder conferido a nosotros y en constancia plasmamos nuestra antefirma,

JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ  
C. C. No. 1.144.037.267 de Cali  
T. P. No. 233.555 del C.S. J.

12/10/21 9:06

Correo de JUSTILEX ABOGADOS - Poder Juzgado Adiola Ramirez Velez

ERICK SAID HERRERA ACHITO  
C. C. No. 1.130.623.319 de Cali  
T. P. No. 256.001 del C.S.J.

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Adiola Ramirez Velez].....



JUSTILEX ABOGADOS &lt;consultas@abogadosjl.com&gt;

**Poder Juzgado Diana Camila Lozano Ramirez y Scarlett Natalia Mendoza Lozano**

1 mensaje

**Diana lozano** <dianacamilalozanoramirez@gmail.com>  
Para: Consultas@abogadosjl.com

11 de octubre de 2021, 19:00

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Diana Camila Lozano Ramirez en nombre propio y de Escarlett Natalia Mendoza lozano, su hija menor].....

Señores  
JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CALI - REPARTO  
E. S. D.

Referencia: Poder

Las siguientes personas, vecinas de Cali, identificadas y en las calidades que se aducen a continuación:

\_\_\_\_ Nombre: Diana Camila Lozano Ramirez  
\_\_\_\_ Identidad: C.C. No. 1.143.878.568  
\_\_\_\_ Calidad: Hija mayor de la víctima  
\_\_\_\_ Representación: En nombre propio y de su menor hija Escarlett Natalia Mendoza Lozano.  
\_\_\_\_ Nombre: Escarlett Natalia Mendoza lozano  
\_\_\_\_ Identidad: R.C. No. 1.108.651.749  
\_\_\_\_ Calidad: Nieta de la víctima  
\_\_\_\_ Representación: representada por su madre: Diana Camila Lozano Ramirez

Obrando en nuestros respectivos nombres y en representación de los menores enunciados, mediante el presente documento conferimos poder a los abogados JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ (C.C. No. 1.144.037.267 de Cali y T.P. No. 233.555 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, y a ERICK SAID HERRERA ACHITO (C.C. No. 1.130.623.319 de Cali y T.P. No. 256.001 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, para que ante su despacho, adelanten demanda de reparación directa con miras a obtener condena declarativa de responsabilidad extracontractual contra de:

• MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI (NIT. 890399011-3).

Lo anterior por los hechos y con las pretensiones que se describen con mayor claridad en el escrito de demanda. Principalmente referidas a la indemnización de todo tipo de perjuicios derivados del accidente de tránsito sufrido por la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, el 21 de octubre de 2019, en la calle 25 entre carreras 95 y 99, ocasionado por un hueco en la vía.

Mis apoderados quedan facultados expresamente para recibir y notificarse en mi nombre, sustituir, reasumir y renunciar al presente mandato igualmente para que ejerzan todas las acciones tendientes a defender y garantizar mis derechos sin que pueda suponerse en momento alguno que este poder sea insuficiente para los propósitos indicados. De igual manera, expresamente los facultamos para que interpongan contra ustedes acción de tutela, en caso de considerarlo necesario. Sírvasse por favor conceder a nuestros apoderados la correspondiente personería para que actúen conforme al poder otorgado. Quedan facultados expresamente para recibir, transigir, conciliar, desistir e interponer procesos ejecutivos.

Se confiere este poder conforme los lineamientos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

SE CONFIERE EL PRESENTE PODER AL CORREO ELECTRÓNICO DE LOS APODERADOS:  
[CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM](mailto:CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM)

Como constancia de lo anterior dejamos registro de nuestra antefirma:

[.....DIANA CAMILA LOZANO RAMIREZ, En nombre propio y de su menor hija Escarlett Natalia Mendoza Lozano.....]

Aceptamos el poder conferido a nosotros y en constancia plasmamos nuestra antefirma,



JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ  
C. C. No. 1.144.037.267 de Cali  
T. P. No. 233.555 del C.S. J.

ERICK SAID HERRERA ACHITO  
C. C. No. 1.130.623.319 de Cali  
T. P. No. 256.001 del C.S.J.

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Diana Camila Lozano Ramirez en nombre propio y de Escarlett Natalia Mendoza lozano, su hija menor].....



JUSTILEX ABOGADOS &lt;consultas@abogadosjl.com&gt;

**Poder Juzgado Doores Coicue**

1 mensaje

**Dolores Coicue** <doco3004@gmail.com>

11 de octubre de 2021, 19:46

Para: Consultas@abogadosjl.com

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Dolores Coicue].....

Señores  
JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CALI - REPARTO  
E. S. D.

Referencia: Poder

Las siguientes personas, vecinas de Cali, identificadas y en las calidades que se aducen a continuación:

\_\_\_ Nombre: Dolores Coicue  
\_\_\_ Identidad: C.C. No. 25.364.329  
\_\_\_ Calidad: Hermana de Crianza de la víctima  
\_\_\_ Representación: En nombre propio.

Obrando en mi nombre y representación, mediante el presente documento conferimos poder a los abogados JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ (C.C. No. 1.144.037.267 de Cali y T.P. No. 233.555 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, y a ERICK SAID HERRERA ACHITO (C.C. No. 1.130.623.319 de Cali y T.P. No. 256.001 del C.S.J.), identificado como aparece al pie de su firma, para que ante su despacho, adelanten demanda de reparación directa con miras a obtener condena declarativa de responsabilidad extracontractual contra de:

- MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI (NIT. 890399011-3).

Lo anterior por los hechos y con las pretensiones que se describen con mayor claridad en el escrito de demanda. Principalmente referidas a la indemnización de todo tipo de perjuicios derivados del accidente de tránsito sufrido por la señora PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ, el 21 de octubre de 2019, en la calle 25 entre carreras 95 y 99, ocasionado por un hueco en la vía.

Mis apoderados quedan facultados expresamente para recibir y notificarse en mi nombre, sustituir, reasumir y renunciar al presente mandato igualmente para que ejerzan todas las acciones tendientes a defender y garantizar mis derechos sin que pueda suponerse en momento alguno que este poder sea insuficiente para los propósitos indicados. De igual manera, expresamente los facultamos para que interpongan contra ustedes acción de tutela, en caso de considerarlo necesario. Sírvese por favor conceder a nuestros apoderados la correspondiente personería para que actúen conforme al poder otorgado. Quedan facultados expresamente para recibir, transigir, conciliar, desistir e interponer procesos ejecutivos.

Se confiere este poder conforme los lineamientos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

SE CONFIERE EL PRESENTE PODER AL CORREO ELECTRÓNICO DE LOS APODERADOS:

[CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM](mailto:CONSULTAS@ABOGADOSJL.COM)

Como constancia de lo anterior dejamos registro de nuestra antefirma:

[.....Dolores Coicue .....]

Aceptamos el poder conferido a nosotros y en constancia plasmamos nuestra antefirma,


JUAN CAMILO REYES TRÓCHEZ  
C. C. No. 1.144.037.267 de Cali  
T. P. No. 233.555 del C.S. J.

12/10/21 9:05

Correo de JUSTILEX ABOGADOS - Poder Juzgado Doores Coicue

ERICK SAID HERRERA ACHITO  
C. C. No. 1.130.623.319 de Cali  
T. P. No. 256.001 del C.S.J.

..... REFERENCIA: PODER CONFERIDO POR [Dolores Coicue].....

|   |   |                     |               |
|---|---|---------------------|---------------|
|  | PROCESO: INTERVENCIÓN   | Fecha de Revisión   | 14/11/2018    |
|   | SUBPROCESO: CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL                                    | Fecha de Aprobación | 14/11/2018    |
|   | FORMATO CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO | Versión             | 1             |
|   | CÓDIGO: REG-IN-CE-006   | Página              | Página 1 de 3 |

| <b>CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL</b><br><b>PROCURADURÍA 20 JUDICIAL IIPARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  |
|---|--|
| <b>Radicación N.º 4594 de 19 de octubre de 2021</b>   |  |
| Convocante (s):   | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ, JUAN EDUARDO TORRES CABEZA, ADIELA RAMIREZ VELEZ, MARINO LOZANO MONTENEGRO, DIANA CAMILA LOZANO RAMIREZ, VICTORIA SOFIA TORRES LOZANO, SCARLET NATALIA MENDOZA LOZANO, DAVID MARINO LOZANO RAMIREZ, DORI FANNY LOZANO MONTENEGRO, INES RAMIREZ DE SANTA CRUZ, DOLORES COICUE, SANDRA MARIELA BASTIDAS, MARIA DEICE RAMIREZ VELEZ, JOSE MANUEL RAMIREZ VELEZ |
| Convocado (s):  | DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI  |
| Medio de control:   | REPARACION DIRECTA   |

En los términos del artículo 2.º de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo dispuesto en el numeral 6.º del artículo 2.2.4.3.1.1.9 del Decreto 1069 de 2015<sup>1</sup>, la Procuradora 20 Judicial II para Asuntos Administrativos expide la siguiente


### CONSTANCIA:

- Mediante apoderado, el (los) convocante(s) PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ, JUAN EDUARDO TORRES CABEZA, ADIELA RAMIREZ VELEZ, MARINO LOZANO MONTENEGRO, DIANA CAMILA LOZANO RAMIREZ, VICTORIA SOFIA TORRES LOZANO, SCARLET NATALIA MENDOZA LOZANO, DAVID MARINO LOZANO RAMIREZ, DORI FANNY LOZANO MONTENEGRO, INES RAMIREZ DE SANTA CRUZ, DOLORES COICUE, SANDRA MARIELA BASTIDAS, MARIA DEICE RAMIREZ VELEZ, JOSE MANUEL RAMIREZ VELEZ, presentó (ron) solicitud de conciliación extrajudicial el día **19 de octubre de 2021**, convocando a DISTRITO ESPECIAL DE

<sup>1</sup> Decreto 1069 del 26 de mayo de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho". Antiguo artículo 9º del Decreto 1716 de 2009.

|  |                             |                                    |
|--|-----------------------------|------------------------------------|
| Lugar de Archivo: Procuraduría N.º Judicial Administrativa | Tiempo de Retención: 5 años | Disposición Final: Archivo Central |
|--|-----------------------------|------------------------------------|

Verifique que esta es la versión correcta antes de utilizar el documento


|   |   |                     |               |
|---|---|---------------------|---------------|
|  | PROCESO: INTERVENCIÓN   | Fecha de Revisión   | 14/11/2018    |
|   | SUBPROCESO: CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL                                    | Fecha de Aprobación | 14/11/2018    |
|   | FORMATO CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO | Versión             | 1             |
|   | CÓDIGO: REG-IN-CE-006   | Página              | Página 2 de 3 |

## SANTIAGO DE CALI

2. Las pretensiones de la solicitud fueron las siguientes: PRIMERA: DECLARAR al DISTRITO ESPECIAL DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI extracontractualmente responsable de los hechos y los daños sufridos por PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ y los demás demandantes, como resultado de la omisión de mantenimiento de vía pública que ocasionó accidente de tránsito de fecha 21 de octubre de 2019 en la Calle 25, entre carreras No. 95-99 de la ciudad de Cali.
3. El día de la audiencia celebrada 13 DE DICIEMBRE DE 2021, mediante acta No.257, la conciliación se declaró **FALLIDA** ante la imposibilidad de llegar a un acuerdo, por no existir ánimo conciliatorio entre las partes.
4. En cumplimiento de las Resoluciones 127 de 2020 y 143 166, 193, 206, 221, 232, 259, 293, 316, 356 de 13 y 30 de abril, 8 y 29 de mayo, 4 de junio, 1, 14 y 31 de julio, y 31 de Agosto de 2020, expedidas por el Procurador General de la Nación, en la primera se adoptan medidas para asegurar la prestación del servicio público en materia contencioso administrativa y se dispone la realización de audiencias no presenciales y en las siguientes disponen la prórroga de la restricción de la atención presencial en el Centro de Atención CAP y las demás sedes de la Procuraduría General de la Nación y se establecen reglas para la radicación de las conciliaciones en el marco de la emergencia sanitaria; del mismo modo el Memorando No. 02 de 19 de marzo de 2020, estableció el paso a paso en la gestión de las conciliaciones y el Decreto Legislativo No. 491 del 28 de marzo de 2020, expedido por el Ministerio de Justicia y del Derecho, Artículo 9, referente a conciliaciones no presenciales ante la Procuraduría General de la Nación, norma que se ratificó mediante Decreto Legislativo número 564 de 15 de abril de 2020.
5. De conformidad con lo anteriormente expuesto, se da por agotado el requisito de procedibilidad exigido para acudir a la jurisdicción de lo contencioso administrativo, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 35 y 37 de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo establecido en el artículo 161 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA.
6. En los términos de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo establecido en el Decreto 1069 de 2015, se devolverán a la parte convocante los documentos aportados con la conciliación.

|  |                             |                                    |
|--|-----------------------------|------------------------------------|
| Lugar de Archivo: Procuraduría N.º Judicial Administrativa | Tiempo de Retención: 5 años | Disposición Final: Archivo Central |
|--|-----------------------------|------------------------------------|

Verifique que esta es la versión correcta antes de utilizar el documento

|   |  |                            |               |
|---|--|----------------------------|---------------|
|  | <b>PROCESO: INTERVENCIÓN</b>   | <b>Fecha de Revisión</b>   | 14/11/2018    |
|   | <b>SUBPROCESO: CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL</b>                                    | <b>Fecha de Aprobación</b> | 14/11/2018    |
|   | <b>FORMATO CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO</b> | <b>Versión</b>             | 1             |
|   | <b>CÓDIGO: REG-IN-CE-006</b>   | <b>Página</b>              | Página 3 de 3 |

Dada en Santiago de Cali, a los 14 DE DICIEMBRE DE 2021



**SANDRA ELIZABETH PATIÑO MONTÚFAR**  
**Procuradora 20 Judicial II para Asuntos Administrativos**

NOTA: “Se envía firma escaneada en los términos del artículo 11 del Decreto 491 de 2020 que a la letra indica: “Artículo 11. De las firmas de los actos, providencias y decisiones. Durante el período de aislamiento preventivo obligatorio las autoridades a que se refiere el artículo 1 del presente Decreto, cuando no cuenten con firma digital, podrán válidamente suscribir los actos, providencias y decisiones que adopten mediante firma autógrafa mecánica, digitalizadas o escaneadas, según la disponibilidad de dichos medios. Cada autoridad será responsable de adoptar las medidas internas necesarias para garantizar la seguridad de los documentos que se firmen por este medio.”

|   |                                |                                       |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|
| Lugar de Archivo: Procuraduría<br>N.º Judicial Administrativa | Tiempo de Retención:<br>5 años | Disposición Final:<br>Archivo Central |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|

Verifique que esta es la versión correcta antes de utilizar el documento





# INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

No. A 000512652

1. ORGANISMO DE TRÁNSITO **7 6 0 0 1 0 0 0**  
SECRETARIA DE TRANSITO Y TRANSPORTE DE CALI

| 2. GRAVEDAD              |                                     |                          |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| CON MUERTOS              | CON HERIDOS                         | CON SOLO DANOS           |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## 3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRÁFICAS

CÓDIGO DE RUTA **Calle 25 entre Chorrillos 95 y 99** Lat. **4° 00' 00"** Long. **76° 00' 00"**  
VIA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD

## 4. FECHA Y HORA

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA **22/10/2019 11:45**  
FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO

## 5. CLASE DE ACCIDENTE

CHOQUE 1 CAIDA OCUPANTE 4  
ATROPELLO 2 INCENDIO 5  
VOLCAMIENTO ☒ OTRO 6

## 5.1 CHOQUE CON

VEHICULO ☒  
TREN ☐  
SEMÓVIENTE 3  
OBJETO FLOT 4

## 5.2 OBJETO FIJO

MURO 1 SEMAFORO 5 TARIMA CASITA 9  
POSTE 2 INMUEBLE 6 VEHICULO ESTACIONADO 10  
ARROL 3 HIDRANTE 7 OTRO  
BAHANDA 4 VALLA SEÑAL 8 **HURCO** 11

## 6. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

|   |             |              |               |                          |
|---|-------------|--------------|---------------|--------------------------|
| 6.1. AREA                                     | 6.2. SECTOR | 6.3. ZONA    | 6.4. DISEÑO   | 6.5. CONDICIÓN CLIMÁTICA |
| RESIDENCIAL                                   | ESCOLAR     | DEPORTIVA    | GLORIETA      | GRANIZO                  |
| INDUSTRIAL                                    | TURISTICA   | PRIVADA      | INTERSECCIÓN  | VIENTO                   |
| COMERCIAL <input checked="" type="checkbox"/> | MILITAR     | HOSPITALARIA | LOTE O PREDIO | LLUVIA                   |
|   |             |              | CICLO RUTA    | NIEBLA                   |
|   |             |              | PEATONAL      |                          |
|   |             |              | TUNEL         |                          |

## 7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VIAS

|                  |                             |                             |                          |                       |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 7.1. GEOMETRICAS | 7.5. SUPERFICIE DE RODADURA | MATERIAL ORGANICO           | D. SEÑALES HORIZONTALES  | F. DELINEADOR DE PISO |
| A. FLECTA        | ASfalto                     | MATERIAL SUELTO             | ZONA PEATONAL            | TACHA                 |
| B. PLANO         | AFIRMADO                    | SECA                        | LINEA DE PAHE            | ESTOPELOS             |
| C. PENDIENTE     | EMPEDRADO                   | OTRA                        | LINEA CENTRAL AMARILLA   | TACHONES              |
| D. BAHIA DE EST. | CONCRETO                    | 7.8. ILUMINACIÓN ARTIFICIAL | CONTINUA                 | BOYAS                 |
| E. CON ANDEN     | TIERRA                      | A. CON BUENA                | SEGMENTADA               | BORDILLOS             |
| F. CON BARRA     | OTRO                        | B. SIN                      | LINEA DE CARRIL BLANCA   | TUBULARES             |
| 7.2. UTILIZACIÓN |                             | 7.9. CONTROLES DE TRÁNSITO  | CONTINUA                 | BARRERAS PLÁSTICAS    |
| UN SENTIDO       |                             | A. AGENTE DE TRÁNSITO       | SEGMENTADA               | HITOS TUBULARES       |
| DOBLE SENTIDO    |                             | B. SEMAFORO                 | LINEA DE BORDE BLANCA    | CONOS                 |
| REVERSIBLE       |                             | C. OPERANDO                 | LINEA DE BORDE AMARILLA  | OTRO                  |
| CONTRAFLUJO      |                             | D. INTERMITENTE             | LINEA ANTIBLOQUEO        |                       |
| CICLO VIA        |                             | E. CON DANOS                | FLECHAS                  |                       |
| 7.3. CALZADAS    |                             | F. APAGADO                  | LEYENDAS                 |                       |
| UNA              |                             | G. OCULTO                   | SIEMPRE                  |                       |
| DOS              |                             | H. C. SEÑALES VERTICALES    | OTRA                     |                       |
| TRES O MAS       |                             | I. PARE                     | E. REDUCTOR DE VELOCIDAD |                       |
| VARIABLE         |                             | J. CEDA EL PASO             | BANDAS SONORAS           |                       |
| CARRILES         |                             | K. NO GIRE                  | RESALTO                  |                       |
| DOS              |                             | L. SENTIDO VIAL             | MÓVIL                    |                       |
| TRES O MAS       |                             | M. NO ADELANTAR             | FUD                      |                       |
| VARIABLE         |                             | N. VELOCIDAD MÁXIMA         | SONORIZADOR              |                       |
|                  |                             | O. OTRO                     | ESTOPELO                 |                       |
|                  |                             | P. NINGUNA                  | OTRO                     |                       |

## 8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

|  |                            |                         |             |   |                              |                     |  |  |
|--|----------------------------|-------------------------|-------------|---|------------------------------|---------------------|--|--|
| 8.1. CONDUCTOR                         | APELLIDOS Y NOMBRES        |                         | DOC         | IDENTIFICACIÓN No.                      | NACIONALIDAD                 | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO   | GRAVEDAD                                   |
|  | Lozano Ramirez Paola       |                         | CC          | 31.484.077                              | Colombia                     | 17/09/80            | M  | MUERTO <input checked="" type="checkbox"/> |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO                 |                            | CIUDAD                  |             | TELÉFONO                                | SE PRACTICÓ EXAMEN           |                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                       |  |
| Carrera 11 F # 38-86                   |                            | Cali                    |             | 3017502184                              | AUTORIZO EMBRIAGUEZ          |                     | GRADO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> |  |
| PORTA LICENCIA                         | LICENCIA DE CONDUCCIÓN No. | CATEGORIA               | RESTRICCIÓN | EXP <input checked="" type="checkbox"/> | VEN <input type="checkbox"/> | CÓDIGO DE TRANSITO  | CHALECO  | CASCO                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> NO | 31.484.077                 | 14-2                    |             | 04/01/11                                |                              |                     | <input type="checkbox"/> NO  | <input checked="" type="checkbox"/> SI     |
| HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN   |                            | DESCRIPCIÓN DE LESIONES |             |   |                              |                     |  |  |
| Valla del Lili                         |                            | VER HISTORIA MEDICA     |             |   |                              |                     |  |  |

## 8.2 VEHICULO

|   |  |              |  |             |  |             |            |      |           |                       |
|---|--|--------------|--|-------------|--|-------------|------------|------|-----------|-----------------------|
| PLACA   | PLACA REMOLQUE / SEM   | NACIONALIDAD | MARCA  | LINEA       | COLOR  | MODELO      | CARROCERIA | TON. | PASAJEROS | LICENCIA DE TRANS No. |
| 74E   |  | COLOMBIANO   | AKT  | AK125       | Blanco   | 2016        | —          |      | 2         | 46011407724           |
| EMPRESA   | MATRICULADO EN   |              | INMOVILIZADO EN                              |             | TARJETA DE REGISTRO No.  |             |            |      |           |                       |
| NIT   | Palmira  |              |  |             |  |             |            |      |           |                       |
| REV. TEC. MEC <input checked="" type="checkbox"/> No. | CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE      |              |  |             |  |             |            |      |           |                       |
| PORTA SOAT  | POLIZA No.   | ASEGURADORA  |  | VENCIMIENTO |  |             |            |      |           |                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> NO                | 76064895   | mundial      |  | 04/07/20    |  |             |            |      |           |                       |
| PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL          | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | VENCIMIENTO  | PORTA SEG. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL |             | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | VENCIMIENTO |            |      |           |                       |
| No.   | ASEGURADORA  | DIA MES AÑO  | No.  | ASEGURADORA | DIA MES AÑO  |             |            |      |           |                       |

## PROPIETARIO

|  |                     |     |                    |
|--|---------------------|-----|--------------------|
| MISMO CONDUCTOR                        | APELLIDOS Y NOMBRES | DOC | IDENTIFICACIÓN No. |
| <input checked="" type="checkbox"/> NO |                     |     |                    |

## 8.3 CLASE VEHICULO

|   |                 |                      |
|---|-----------------|----------------------|
| AUTOMÓVIL                                       | M. AGRÍCOLA     | OFICIAL              |
| BUS   | M. INDUSTRIAL   | PÚBLICO              |
| BUSETA  | BICICLETA       | PARTICULAR           |
| CAMIÓN  | MOTOCARRO       | DIPLOMÁTICO          |
| CAMIONETA                                       | MOTOTRÍCULO     | MIXTO                |
| CAMPERO   | TRACCIÓN ANIMAL | CARGA                |
| MICROBUS  | MOTOCICLO       | "EXTRADIMENSIONADA   |
| TRACTOCAMION                                    | CUATRIMOTO      | "EXTRAPESADA         |
| VOLQUETA  | REMOLQUE        | "MERCANCIA PELIGROSA |
| MOTOCICLETA <input checked="" type="checkbox"/> | SEM-REMOLQUE    | "CLASE DE MERCANCIA  |

## 8.4 CLASE SERVICIO

|                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| OFICIAL              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PÚBLICO              |                                     |
| PARTICULAR           |                                     |
| DIPLOMÁTICO          |                                     |
| MIXTO                |                                     |
| CARGA                |                                     |
| "EXTRADIMENSIONADA   |                                     |
| "EXTRAPESADA         |                                     |
| "MERCANCIA PELIGROSA |                                     |
| "CLASE DE MERCANCIA  |                                     |

## PASAJEROS

|                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| "COLECTIVO           | <input checked="" type="checkbox"/> |
| "INDIVIDUAL          |                                     |
| "MASIVO              |                                     |
| "ESPECIAL TURISMO    |                                     |
| "ESPECIAL ESCOLAR    |                                     |
| "ESPECIAL ASALARIADO |                                     |
| "ESPECIAL OCASIONAL  |                                     |
| "RADIO DE ACCIÓN     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| NACIONAL             |                                     |
| MUNICIPAL            |                                     |

## 8.5 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO

carrocería, direccionales  
Paralela, llanta delantera  
Daños por establos  
1

## 8.7 FALLAS EN

FRENOS ☐ DIRECCIÓN ☐ LUCES ☐ BOCHAS ☐ LLANTAS ☐ SUSPENSIÓN ☐ OTRO ☐

## 8.9 LUGAR DE IMPACTO

FRONTAL ☐ LATERAL ☐ POSTERIOR ☐ Otro ☐



FORMA DE CONFORMACIÓN DEL INFORME CONDUCTORES INVOLUCRADOS  
FORMA CONDUCTOR ACTUAL O TESTIGO C.C.  
FORMA CONDUCTOR ACTUAL O TESTIGO C.C.  
FORMA CONDUCTOR ACTUAL O TESTIGO C.C.  
FORMA CONDUCTOR ACTUAL O TESTIGO C.C.



**VEHÍCULO ②**

**THE**

Juan Torres (Esposo)

**VIGILADO**







Libertad y Orden

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

MINISTERIO DE TRANSPORTE



**LICENCIA DE TRÁNSITO No.**

**10011407726**

PLACA

**CIE74E**

MARCA

**AKT**

LÍNEA

**AK125WII**

MODELO

**2016**

CILINDRADA CC

**124**

COLOR

**BLANCO**

SERVICIO

**PARTICULAR**

CLASE DE VEHÍCULO

**MOTOCICLETA**

TIPO CARROCERÍA

**SIN CARROCERIA**

COMBUSTIBLE

**GASOLINA**

CAPACIDAD Kg/PSJ

**2**

NÚMERO DE MOTOR

**ZS154FMI-38G107605**

REG

**N**

VIN

**9F2C11253G5009325**

NÚMERO DE SERIE

\*\*\*\*\*

REG

**N**

NÚMERO DE CHASIS

**9F2C11253G5009325**

REG

**N**

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

**LOZANO RAMIREZ PAOLA FERNANDA**

IDENTIFICACIÓN

**C.C. 31484077**



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

9

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

I/E FECHA IMPORT.

PUERTAS

902016000047870

I 04/03/2016

0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

FECHA VENCIMIENTO

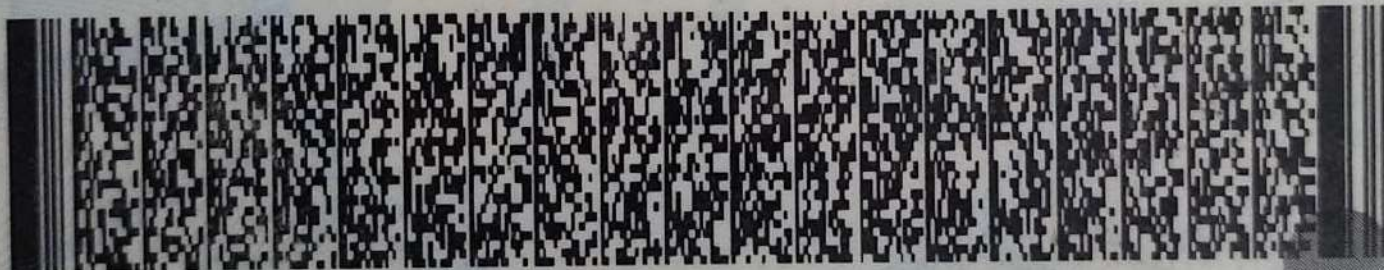
17/03/2016

17/03/2016

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE PALMIRA



LT02003742900



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

**C.C. 31484077**

APELLIDO(S)

**LOZANO RAMIREZ**

NOMBRE(S)

**PAOLA FERNANDA**

SANGRE-RH

**B+**

FECHA EXPEDICION

**04-01-2011**

VENCIMIENTO

**INDEFINIDA**

CATEGORIA

**A2**

NÚMERO DE LICENCIA

**76563000-7326054-9**





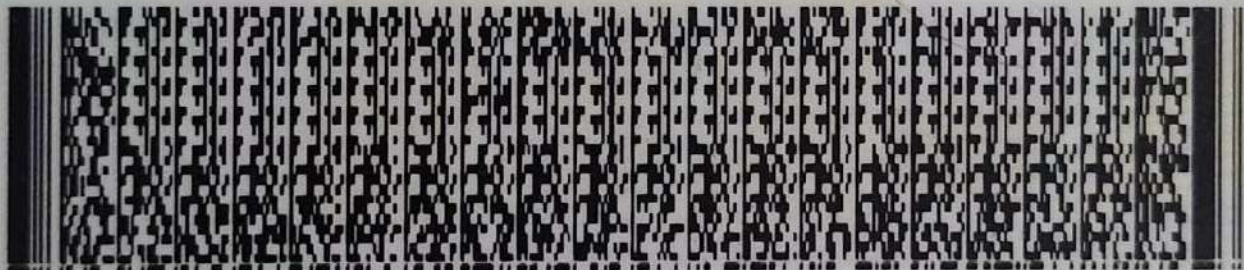
RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

07

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR  
STRIA TTOYTTE MCPAL PRADERA



ESPACIO PARA HUELLA



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC01001098038

SEC ~~MOVILIDAD~~ CALI

Alcovisor Mercury

ID: 10400794

Nro de test: 00811

Fecha: 22/Oct/2019

Hora: 12:36

blanco: 000.0 mg/100mL

Fecha ultima

calibracion: 27/May/2019

Modo de test: Auto

Cantidad de alcohol:

000.0 mg/100mL

Temperatura: 29°C

Nombre del sujeto:

paaola f lozano

ID Sujeto:

31484077

Firma:

Nombre del operador:

victor castaño

ID Operador:

22220710

Firma:

GPS:

V.ctor  
306

CLINICA Valle del Lili



ALCOHOLIMETRO: MARCA Alcon MODELO 700 No. DE SERIE 149 FECHA 2016 HORA: 14:00  
SITIO DE LA PRUEBA clínica valle de la ACCIDENTE DE TRANSITO ☒ OTRO ☐ Cual?             
MOTIVO DE LA PRUEBA: OPERATIVO ☐ SEXO M ☐ F ☒  
NOMBRE DEL EXAMINADO paola fernanda lozano garces EDAD 27  
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD 71484077 PLACA DEL VEHICULO 11E712  
CONDICIÓN: CICLISTA ☐ PEATON ☐ CONDUCTOR ☒ OTRO ☐ Cual?           

Señor Operador: Antes de efectuar la prueba formule claramente las siguientes preguntas a la persona a examinar señalando en el cuadro correspondiente la respuesta, de ser positiva alguna o algunas de las respuestas espere 15 minutos para realizar la medición

CUESTIONARIO

1. Tiene algún objeto dentro de su boca que le impida soplar?  
(como dulce, chicles, palillos, etc.)  
SI ☐ NO ☒ NO SABE ☐ NO RESPONDE ☐

2. Ha ingerido licor, en los últimos 15 minutos?  
SI ☐ NO ☒ NO SABE ☐ NO RESPONDE ☐

3. Ha fumado, en los últimos 15 minutos?  
SI ☐ NO ☒ NO SABE ☐ NO RESPONDE ☐

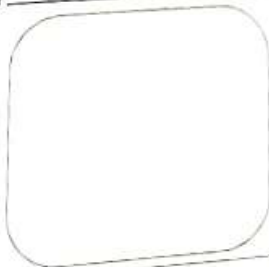
4. Ha utilizado aerosoles o enjuagues bucales, en los últimos 15 minutos?  
SI ☐ NO ☒ NO SABE ☐ NO RESPONDE ☐

5. Ha vomitado o eructado en los últimos 15 minutos?  
SI ☐ NO ☒ NO SABE ☐ NO RESPONDE ☐

HUELLA DACTILAR DEL EXAMINADO

Índice Derecho SI ☒ NO ☐

Cual?           



Firma del Examinado y/o Representante Legal:

Firma de Testigo:

Observaciones:

Valor primera medición. 0.00 g/L = 0.00 mg/100ml.

Valor segunda medición.            g/L =            mg/100ml.

No. consecutivo 00811 No. consecutivo           

Primera medición            Segunda medición           

CONCLUSIÓN: NEGATIVO ☒ ALCOHOLEMIA           

Comprendo No.             
(Operador: recuerde anexar copia del comparendo, al realizar conforme a las normas legales vigentes)

Nombre del Operador: Victor

Cedula de Ciudadania del Operador: 12230210

Firma del Operador:           

Se ha informado al conductor de forma precisa y clara: "(I) la naturaleza y objeto de la prueba, (II) el tipo de pruebas disponibles, las diferencias entre ellas y la forma de controvertirlas, (III) los efectos que se desprenden de su realización, (IV) las consecuencias que se siguen de la decisión de no permitir su práctica, (V) el trámite administrativo que debe surtir con posterioridad a la práctica de la prueba o a la decisión de no someterse a ella, (VI) las posibilidades de participar y defenderse en el proceso administrativo que se inicia con la orden de comparendo y todas las demás circunstancias que aseguren completa información por parte del conductor requerido, antes de asumir una determinada conducta al respecto"

SI ☒ No ☐ No aplica ☐

El resultado de la Alcoholemia presentado fue obtenido por un operador que cumple con los requisitos de competencia para llevar a cabo la determinación indirecta de Alcoholemia; la calibración del alcoholómetro se encuentra vigente en el momento de realizar el análisis; se usaron los procedimientos indicados en la "Guía para la medición indirecta a través de aire espirado" (resolución 1844 del 2015-12-12 expedida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) acatando las Instrucciones del fabricante para el uso del equipo.

Nombre del solicitante de la prueba:           

Firma del solicitante de la prueba:            ID: 361



## REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO HISTÓRICO VEHICULAR

Página 1 de 2

Histórico vehicular generado con la solicitud No. 1109985

Identificación : CIE74E

Expedido el 02 de mayo de 2022 a las 05:33:34 PM

**"ESTE DOCUMENTO REFLEJA LA SITUACIÓN DEL VEHICULO HASTA LA FECHA  
Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"**

### DATOS LICENCIA DE TRÁNSITO

|                           |             |                       |                       |
|---------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| Nro. Licencia de tránsito | 10011407726 | Autoridad de tránsito | STRIA TTOyTTE PALMIRA |
| Fecha Matrícula           | 17/03/2016  | Estado Licencia       | ACTIVO                |

### DATOS ACTA DE IMPORTACIÓN

|                       |                 |                        |            |
|-----------------------|-----------------|------------------------|------------|
| Nro. Acta importacion | 902016000047870 | Fecha Acta importación | 04/03/2016 |
|-----------------------|-----------------|------------------------|------------|

### CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO

|  |    |                   |                                  |    |                          |    |
|--|----|-------------------|----------------------------------|----|--------------------------|----|
| Nro. Placa   |    | CIE74E            | Nro. Motor                       |    | ZS154FMI-38G107605       |    |
| Nro. Serie   |    |                   | Nro. Chasis                      |    | 9F2C11253G5009325        |    |
| Nro. VIN   |    | 9F2C11253G5009325 | Marca                            |    | AKT                      |    |
| Linea  |    | AK125WII          | Modelo                           |    | 2016                     |    |
| Carroceria   |    | SIN CARROCERIA    | Color                            |    | BLANCO                   |    |
| Clase  |    | MOTOCICLETA       | Servicio                         |    | PARTICULAR               |    |
| Cilindraje   |    | 124               | Tipo de Combustible              |    | GASOLINA                 |    |
| Importado  |    | SI                | Estado del vehículo              |    | ACTIVO                   |    |
| Radio Acción   |    |                   | Modalidad Servicio               |    |                          |    |
| Nivel Servicio   |    |                   |                                  |    |                          |    |
| Regrabación motor  |    | NO                | No. Regrabación motor            |    | NO APLICA                |    |
| Regrabación chasis   |    | NO                | No. Regrabación chasis           |    | NO APLICA                |    |
| Regrabación serie  |    | NO                | No. Regrabación serie            |    | NO APLICA                |    |
| Regrabación VIN  |    | NO                | No. Regrabación VIN              |    | NO APLICA                |    |
| Tiene gravamen   | NO | Vehículo rematado |                                  | NO | Tiene medidas cautelares | NO |
| Revisión Técnico-Mecánica vigente                                    |    | SI                | Tiene Seguro Obligatorio Vigente |    |                          | SI |
| Tiene Póliza de responsabilidad civil contractual y extracontractual |    |                   |                                  |    |                          | NO |

### DATOS ACTA DE REMATE

|                     |           |                   |           |
|---------------------|-----------|-------------------|-----------|
| Nro. Acta de remate | NO APLICA | Fecha Acta remate | NO APLICA |
|---------------------|-----------|-------------------|-----------|

AVISO LEGAL: El histórico vehicular no reemplaza el certificado de tradición que expiden los organismos de tránsito. Se precisa que la información suministrada es la que se encuentra en el Registro Único Nacional de Tránsito al momento de la consulta y a su vez la información contenida en el registro es producto de los reportes efectuados por los diferentes Organismos de Tránsito, Direcciones Territoriales, entre otros actores, quienes son los responsables de reportar información al RUNT y de su actualización. Por lo que la Concesión RUNT S.A. no asume responsabilidad alguna de la veracidad de la información.





## REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO HISTÓRICO VEHICULAR

Página 2 de 2

Histórico vehicular generado con la solicitud No. 1109985

Identificación : CIE74E

Expedido el 02 de mayo de 2022 a las 05:33:34 PM

**"ESTE DOCUMENTO REFLEJA LA SITUACIÓN DEL VEHICULO HASTA LA FECHA  
Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"**

### GARANTÍAS A FAVOR DE

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Persona natural      | NO APLICA |
| Persona Juridica     | NO APLICA |
| Fecha de Inscripción | NO APLICA |

### SOAT

| No. Póliza      | Fecha Inicio Vigencia | Fecha Fin Vigencia | Entidad que expide SOAT              | Vigente |
|-----------------|-----------------------|--------------------|--------------------------------------|---------|
| 108004212851000 | 03/04/2022            | 02/04/2023         | LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS | SI      |
| 76064895        | 18/04/2019            | 17/04/2020         | COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR            | NO      |

### REVISIÓN TECNICO MECANICA

| Tipo de Revisión          | Fecha Expedición | Fecha Vigencia | CDA expide RTM                                    | Vigente |
|---------------------------|------------------|----------------|---|---------|
| REVISION TECNICO-MECANICO | 16/03/2022       | 16/03/2023     | CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR LA ALBORADA S.A.S | SI      |
| REVISION TECNICO-MECANICO | 07/04/2018       | 07/04/2019     | GRUPO PREVIMOTO S.A.S                             | NO      |

### HISTÓRICO DE PROPIETARIOS

| Tipo de Propietario | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|---------------------|--------------|-----------|
| PERSONA NATURAL     | 17/03/2016   | ACTUAL    |

### LISTA DE ACCIDENTES REGISTRADOS

| Nro. Accidente  | A001107611 | Tipo de Accidente | VOLCAMIENTO |
|-----------------|------------|-------------------|-------------|
| Fecha Accidente | 21/10/2019 | Area              | NO REGISTRA |

### SOLICITUDES

| No. Solicitud | Fecha      | Estado     | Trámite(s)                         | Entidad                            |
|---------------|------------|------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 171231101     | 16/03/2022 | APROBADA   | Tramite revision tecnico mecanica, | CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR LA |
| 111415757     | 07/04/2018 | AUTORIZADA | Tramite revision tecnico mecanica, | GRUPO PREVIMOTO S.A.S              |
| 82155794      | 17/03/2016 | AUTORIZADA | Tramite matricula inicial,         | STRIA TTOyTTE PALMIRA              |

AVISO LEGAL: El histórico vehicular no reemplaza el certificado de tradición que expiden los organismos de tránsito. Se precisa que la información suministrada es la que se encuentra en el Registro Único Nacional de Tránsito al momento de la consulta y a su vez la información contenida en el registro es producto de los reportes efectuados por los diferentes Organismos de Tránsito, Direcciones Territoriales, entre otros actores, quienes son los responsables de reportar información al RUNT y de su actualización. Por lo que la Concesión RUNT S.A. no asume responsabilidad alguna de la veracidad de la información.



02 de mayo de 2022 a las 05:33:34 PM



**REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO  
HISTÓRICO PROPIETARIOS**

Página 1 de 1

**Solicitud No. 1109985**

**Identificación : CIE74E**

Expedido el 02 de mayo de 2022 a las 05:33:36 PM

**"ESTE DOCUMENTO REFLEJA LA HISTORIA DE LOS PROPIETARIOS DEL VEHÍCULO  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"**

**HISTÓRICO DE PROPIETARIOS**

| Tipo Documento | Nro. Documento | Nombres                       | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|----------------|----------------|-------------------------------|--------------|-----------|
| C.C.           | 31484077       | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ | 17/03/2016   | ACTUAL    |

AVISO LEGAL: El histórico de propietarios no reemplaza el certificado de tradición que expiden los organismos de tránsito. Se precisa que la información suministrada es la que se encuentra en el Registro Único Nacional de Tránsito al momento de la consulta y a su vez la información contenida en el registro es producto de los reportes efectuados por los diferentes Organismos de Tránsito, Direcciones Territoriales, entre otros actores, quienes son los responsables de reportar información al RUNT y de su actualización. Por lo que la Concesión RUNT S.A. no asume responsabilidad alguna de la veracidad de la información.



# ESTADO DE CUENTA CONSUMO DE TOPES SOAT

14.11.2019

Paciente : PAOLA LOZANO  
Dirección : CR 11F 86 39  
No de Accidente : 1  
Teléfono : 3206799314 30175

No de Paciente : 1253068  
Fecha : 21.10.2019  
Identificación : 31484077  
Póliza : 600880483

## RESPONSABLE 1 ASEGURADORA SOAT

| COD.ASEG    | NOMBRE<br>ASEGURADORA               | VALOR FACTURADO | PEND. FACTURAR | SALDO. OTRAS ENT | TOPE: \$ 22.083.093 | EPISODIO | FACTURA   | FECHA FACTURA |
|-------------|-------------------------------------|-----------------|----------------|------------------|---------------------|----------|-----------|---------------|
| 10000000427 | COMPAÑÍA MUNDIAL<br>DE SEGUROS S.A. | 22.083.093      | 0              | 0                |                     | 6734018  | 108747480 | 26.10.2019    |
|             | <b>SUBTOTALES</b>                   | 22.083.093      | 0              | 0                |                     |          |           |               |

**TOTAL TOPE ASEGURADORA:**

\$ 22.083.093

**(-)Consumos**

(\$ 22.083.093)

**SALDO DISPONIBLE ASEGURADORA**

\$ 0

Esta certificación es válida únicamente para trámites administrativos internos en la Fundación Valle del Lili. Se expide: 14.11.2019

Firma














































|   |                           |  |
|---|---------------------------|--|
|  <p><b>FUNDACIÓN<br/>VALLE DEL LILI</b><br/><i>Excelencia en Salud al servicio de la comunidad</i></p> | <h1>Historia Clínica</h1> | Avenida Simón Bolívar<br>Carrera 98 No. 18-49<br>Conmutador 032 3319090<br>Fax 032 3316728<br>Nit. 8903241775<br>www.valledellili.org<br>CALI - COLOMBIA<br>Impreso por: F00007114 |
|---|---------------------------|--|

|   |                              |                             |          |
|---|------------------------------|-----------------------------|----------|
| Datos Generales                         |                              |                             |          |
| Paciente: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ |                              |                             | Sexo: F  |
| Fecha Nacimiento: 17.09.1980            | Nº Historia Clínica: 1253068 | Identificación: CC 31484077 | Edad: 41 |

## Antecedentes

Fecha Registro: 21.10.2019

Hora Registro: 22:52:13

Responsable: IBARRA SANDOVAL, FABIO ALEJANDRO

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

## Quirúrgicos - -

## Farmacológicos - -

## Alérgicos - -

## Patológicos - LINFEDEMA CRÓNICO DE MI'S

### EPISODIO: 6734018

Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A EVENTO RC

## Historia Hospitalización

Fecha Registro: 21.10.2019

Hora Registro: 22:52:11

Responsable: IBARRA SANDOVAL, FABIO ALEJANDRO

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

## MOTIVO DE CONSULTA

" Me caí en un hueco"

## ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente quien afirma hace aprox. una hora, se encontraba en calidad de conductora de motocicleta, cuando cae en un hueco, refiere portar casco, sin embargo al caer en el hueco sale eyectada hacia adelante, con trauma en cabeza, en cara, en tórax anterior, y sobre las piernas con posterior dolor y limitación funcional marcada por lo cual es traída en ambulancia del sitio del accidente. En el momento afirma cefalea, dolor sobre labio superior y dolor intenso con limitación de ambas rodillas. Niega dolor torácico, dolor abdominal, dorsalgia o lumbalgia.

## Finalidad Consulta

No aplica

## Causa Externa

Accidente de tránsito

## REVISIÓN POR SISTEMA

Negativo para todos los sistemas

## SIGNOS VITALES

TA: 128.00 / 68.00 - TAM: 88.00 - T°C: 36.60 - FC: 98.00 - FR: 16.00 - S.Con O2: 0.00 - PESO: 0.00 - TALLA: 0.00 - IMC: 0.00 - SC: 0.00 - S.Sin O2: 98.00 - PERIME. ABDOM.: 0.00



**EXAMEN FÍSICO****Aspecto General:**

Alerta, mucosas húmedas rosadas.

**Cabeza:**

Normocéfalo, no lesiones.

**Cara:**

Herida compleja irregular sobre región entre labio superior y nariz.

**Ojos:**

Pupilas isocóricas fotorreactivas.

**Cuello:**

No adenopatías, tráquea central. No dolor a la palpación de apófisis espinosas, no crepitación ni dolor.

**ORL:**

Mucosas húmedas, rosadas.

**Tórax:**

Torax sin alteraciones, Pulmones ventilados normoexpansivos.

**Abdomen:**

Blando, peristaltismo +, no signos de irritación peritoneal.

**SNC:**

Alerta, orientado en las tres esferas, no déficit motor ni sensitivo.

**Genitourinario:**

No valorado.

**Extremidades:**

Edema de rodillas con dolor intenso a la palpación y deformidad en varo bilateral tibial. Escoriaciones locales pequeñas.

**Pulsos Periférico:**

(++/++++), Presentes

**Piel y Tejidos:**

Sin alteraciones

**ANÁLISIS Y CONDUCTA**

Paciente quien sufre politraumatismo en accidente de tránsito: motocicleta vs asfalto. \* TCE leve: escala canada 2 puntos.

\* Trauma columna cervical: escala canada 1 punto. \* Trauma cerrado de tórax y abdomen: valorado por Cx general, indican toma de Rx de tórax, y observación de abdomen. \* Trauma de miembros inferiores: sospecha fractura bilateral de tibias: se indican Rx de rodillas bilateral. \* Trauma facial: herida labio superior y fractura dental #23, se solicita valoración por Cx plástica y de manera ambulatoria por Cx maxilofacial-odontología.

**DIAGNÓSTICOS**

V284 - MOTOCICLISTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION, CONDUCTOR LESIONADO  
ACCIDENTE DE TRANSITO

**Evolución Médica**

Fecha Registro: 21.10.2019

Hora Registro: 23:56:21

Responsable: JIMENEZ RAMIREZ, WILLIAM ANDRES

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

Cirugía general - Respuesta interconsulta PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ Edad: 39 años FI: 21/10/2019 MC  
"accidente en moto" Enfermedad actual: Paciente de 39 años quien ingresa por cuadro clínico de 1 hora de evolución consistente en accidente de tránsito en calidad de conductora de motocicleta, refiere que iba a baja velocidad pero no

logra precisar a qué velocidad. Sufre caída tras caer a un hueco en la carretera con posterior eyección y trauma contuso en tórax, abdomen, miembros inferiores y en la cabeza predominantemente, al parecer con pérdida de la consciencia por 1 minuto con recuperación total posterior al evento. Actualmente refiere dolor en ambas rodillas con limitación para los movimientos articulares, cefalea global y en región maxilar, niega disnea, niega dolor abdominal, niega náuseas, niega emesis, niega hematuria, niega otros síntomas Antecedentes personales Patológicos: linfedema ambos miembros inferiores Farmacológicos: niega Alérgicos: niega Quirúrgicos: reducción abierta de fractura de húmero izquierdo Antecedentes familiares: diabetes mellitus Examen físico Aceptables condiciones generales, alerta, orientada, interactúa con examinador, sin signos de dificultad respiratoria, estable hemodinámicamente. Signos vitales: TA 128/88mmHg FC 90lpm FR 18rpm SpO2 98% T 36.6°C. Cuello con inmovilización cervical, estigmas de sangrado de predominio en labio superior, no se observa pérdida de piezas dentales ni objetos extraños que obstruyan la vía aérea superior. Tórax normoexpansible, murmullo vesicular presente, no se auscultan sobreagregados. Abdomen con panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades con limitación a la flexoextensión de ambas rodillas por dolor encontrando edema de predominio izquierdo con escoriaciones adyacentes, no se observa deformidad. Alerta, orientada, glasgow 15/15, sin déficit motor o sensitivo aparente. Paraclínicos: Pendientes resultados Análisis y plan: Paciente quien ingresa por politraumatismo secundario a accidente de tránsito predominantemente trauma craneoencefálico leve sin embargo con pérdida de la consciencia durante la escena asociado a trauma maxilofacial, se sugiere valoración por neurocirugía. Por parte de cirugía general no ha referido dolor abdominal, disnea u otra sintomatología, ingresa estable con abdomen sin signos de irritación peritoneal por lo que se decide solicitar radiografía de tórax y dejar en observación abdominal, de momento nada vía oral e iniciar dieta en 12 horas y según evolución se definirá conducta, paciente entiende y acepta - Observación - Nada vía oral - Iniciar dieta en 12 horas - Se solicita radiografía de tórax, TAC cerebral, Rx de columna cervical, Rx de pelvis - Revaloración con resultados - Control de signos vitales, avisar cambios

.

.

.

### **Evolución Médica**

Fecha Registro: 22.10.2019

Hora Registro: 01:04:11

Responsable: HERRERA HUEPENDO, GILBERTO ANTONIO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

conductora de motocicleta, cuando cae en un hueco, refiere portar casco, sin embargo al caer en el hueco sale eyectada hacia adelante, con trauma en cabeza, en cara, en tórax anterior, y sobre las piernas con posterior dolor y limitación funcional marcada por lo cual es traída en ambulancia del sitio del accidente. evlao pacient epor fractura en ambas tibias ef en camilla obesa con anioedema de mssiis pulso y llenado capialr normal moviliz adedos no hay sx de compartimento rx fx conminutas de platillos tibiales bilateral a/p se inmoviliza con vendhes bultosos ye inomvilizador de rodilla s s tac bilateral

.

.

.

### **Evolución Médica**

Fecha Registro: 22.10.2019

Hora Registro: 01:04:33

Responsable: HERRERA HUEPENDO, GILBERTO ANTONIO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

conductora de motocicleta, cuando cae en un hueco, refiere portar casco, sin embargo al caer en el hueco sale eyectada hacia adelante, con trauma en cabeza, en cara, en tórax anterior, y sobre las piernas con posterior dolor y limitación funcional marcada por lo cual es traída en ambulancia del sitio del accidente. evlao pacient epor fractura en ambas tibias ef en camilla obesa con anioedema de mssiis pulso y llenado capialr normal moviliz adedos no hay sx de compartimento rx fx conminutas de platillos tibiales bilateral a/p se inmoviliza con vendhes bultosos ye inomvilizador de rodilla s s tac bilateral

.

### **Evolución Médica**

Fecha Registro: 22.10.2019

Hora Registro: 08:09:38

Responsable: TORRES CALERO, MAURICIO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA SE REVISAN IMAGENES DE TAC DE RODILLA BILATERAL HAY COMPROMISO EN RODILLA DERECHA DE PREDOMINIO EN REGION POSTEROLATERAL Y COMPROMISO HASTA LA DIAFISIS. MAYOR COMPROMISO A NIVEL DE RODILLA IZQUIERDA CON COMPROMISO MAYOR EN POSTEROLATERAL Y DEFECTO OSEO CENTRAL. SE PASA TURNO QUIRURGICO DE URGENCIA PARA REDUCCION ABIERTA Y OSTEOSINTESIS DE TIBIA PROXIMAL BILATERAL. SE SOLICITAN INSUMOS, SE LLENA CONSENTIMIENTO INFORMADO, NADA VIA ORAL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR.

### **Indicaciones de Enfermería**

Fecha Registro: 22.10.2019

Hora Registro: 08:09:44

Responsable: TORRES CALERO, MAURICIO

NADA VIA ORAL CIRUGIA HOY

### **Evolución Médica**

Fecha Registro: 22.10.2019

Hora Registro: 14:06:08

Responsable: MATEUS GUTIERREZ, MARTHA CECILIA

Especialidad: CIRU.PLAST.ESTETIC.MAXI.Y MANO

Tipo de Evolución: Evolución

CIRUGÍA PLÁSTICA PACIENTE DE 39 AÑOS, QUIEN EL DÍA DE AYER APROXIMADAMENTE A LAS 09:30 PM SUFRIÓ CAÍDA DE MOTO EN MOVIMIENTO, CON TRAUMA EN CARA Y EN MIEMBROS INFERIORES CON FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL BILATERAL. ESTUDIO DE TAC DE CARA NO EVIDENCIA FRACTURAS EN MACIZO FACIAL.

ENCUENTRO PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, ÁLGICA, CONCIENTE. CON MÚLTIPLES EXCORIACIONES Y TATUAJE TRAUMÁTICO EN MEJILLA IZQUIERDA, COMISURA ORAL IZQUIERDA, PUNTA NASAL Y MENTÓN. PRESENTA AVULSIÓN SEVERA EN LABIO SUPERIOR, CON PÉRDIDA COMPLETA DE LA PIEL DEL FILTRO DE LABIO SUPERIOR, DESINSERCIÓN DE BASE ALAR, Y ABUNDANTE CONTAMINACIÓN CON TIERRA, BORDES IRREGULARES Y MACERADOS. EN MUCOSA VESTIBULAR DE LABIO INFERIOR PRESENTA AVULSIÓN DE 3 CM LONGITUDINAL Y CONTAMINACIÓN CON TIERRA. EDEMA MODERADO DE TEJIDOS BLANDOS EN LABIO INFERIOR Y LABIO SUPERIOR.

TRAUMA COMPLEJO DE TEJIDOS BLANDOS EN LABIO SUPERIOR Y LABIO INFERIOR CON INDICACIÓN DE COLGAJO COMPUESTO EN LABIO SUPERIOR Y SUTURA DE AVULSIÓN EN LABIO INFERIOR. SE EXPLICA A LA PACIENTE EL PROCEDIMIENTO Y POSIBLES RIESGOS DE SANGRADO, INFECCIÓN, DEHISCENCIA DE SUTURAS, CICATRICES HIPERTRÓFICAS O PIGMENTADAS, DEFORMIDAD RESIDUAL, NECESIDAD DE REINTERVENCIÓN. LA PACIENTE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

PROCEDIMIENTO BAJO ANESTESIA LOCAL. SE INDICA MANTENER HERIDAS SECAS Y CUBIERTAS DE MANERA PERMANENTE. CURACIÓN EL 28 OCTUBRE/19 Y CONTROL POR CIRUGÍA PLÁSTICA EL 13 NOVIEMBRE/19.

### **Procedimiento Asistido**

Fecha Registro: 22.10.2019

Hora Registro: 14:14:30

Responsable: MATEUS GUTIERREZ, MARTHA CECILIA

Especialidad: CIRU.PLAST.ESTETIC.MAXI.Y MANO -

**Tipo de herida :**

Contaminada

**Descripción de la prestación :**

DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AR

**Hallazgos :**

CON MÚLTIPLES EXCORIACIONES Y TATUAJE TRAUMÁTICO EN MEJILLA IZQUIERDA, COMISURA ORAL IZQUIERDA, PUNTA NASAL Y MENTÓN. PRESENTA AVULSIÓN SEVERA EN LABIO SUPERIOR DE 6 CM, CON PÉRDIDA COMPLETA DE LA PIEL DEL FILTRO DE LABIO SUPERIOR, DESINSERCIÓN DE BASE ALAR, Y ABUNDANTE CONTAMINACIÓN CON TIERRA, BORDES IRREGULARES Y MACERADOS. EN MUCOSA VESTIBULAR DE LABIO INFERIOR PRESENTA AVULSIÓN DE 3 CM LONGITUDINAL Y CONTAMINACIÓN CON TIERRA. EDEMA MODERADO DE TEJIDOS BLANDOS EN LABIO INFERIOR Y LABIO SUPERIOR.

**Descripción procedimiento :**

BAJO ANESTESIA LOCAL CON LIDOCAÍNA SIMPLE PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA SE REALIZA: - LAVADO CON SOLUCIÓN SALINA Y RETIRO DE MATERIAL DE CONTAMINACIÓN CON TIERRA EN HERIDAS. - DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO DESVITALIZADO Y REGULARIZACIÓN DE BORDES - SE REALIZA COLGAJO COMPUESTO DE PEDÍCULO LATERAL IZQUIERDO EN FILTRO DE LABIO SUPERIOR Y SE AVANZA HACIA EL LADO DERECHO PARA DAR COBERTURA DE DEFECTO DEL FILTRO. SE SUTURA DERMIS CON VICRYL 5-0 Y PIEL CON PROLENE 6-0. - SE REALIZA DERMOABRASIÓN CON LIJA EN MÚLTIPLES EXCORIACIONES EN MEJILLA IZQUIERDA, PUNTA NASAL, MENTÓN Y COMISURA ORAL IZQUIERDA. - SE REALIZA SUTURA DE AVULSIÓN DE MUCOSA VESTIBULAR EN LABIO INFERIOR CON PUNTOS SEPARADOS DE VICRYL 5-0. - SE CUBRE LABIO SUPERIOR Y MEJILLA IZQUIERDA CON BACTIGRAS 5X5, GASA Y MICROPORE. NO COMPLICACIONES.

**Complicaciones :**

NO

**Evolución Médica**

Fecha Registro: 22.10.2019

Hora Registro: 14:22:13

Responsable: SALCEDO CADAVID, ALEXANDER ERNESTO

Especialidad: CIRUGIA DE TRAUMA Y EMERGENCIA

Tipo de Evolución: Manejo diario

Evolucion interconsulta-Cirugía general PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ Edad: 39 años FI: 21/10/2019 MC "accidente en moto" Diagnosticos: \* TCE leve \* Trauma columna cervical \* Trauma cerrado de tórax y abdomen \* Trauma de miembros inferiores con Fractura de las metáfisis proximales de ambas tibias, Schatzker VI, y fractura de la fíbula proximal derecha. \*Trauma facial: herida labio superior y fractura dental #23, se subjetivo: paciente refiere sentirse en mejores condiciones generales, con persistencia de dolor moderado principalmente en miembros inferiores bilaterales y en region peribucal. 6/10 en EVA. niega nauseas o emesis, niega sintomas de dificultad respiratoria, niega dolor abdomina, sin diuresis o deposiciones desde el ingreso, sin via oral. objetivo= Encuentro a paciente en cama hospitalaria en urgencias acompañada de camilar, paciente en aceptables condiciones generales, algica, sin signos de dificultad respiratoria, sin necesidad de oxigeno suplementario, estable hemodinámicamente, sin SIRS. Alerta, orientada, colaboradora con la entrevista: sigos vitales = FC FR TAS TAD TAM SO2 T 22.10.2019 09:00:00 80,00 18,00 - - - - 22.10.2019 03:00:00 83,00 21,00 104,00 60,00 74,67 94,00 35,50 21.10.2019 23:00:00 98,00 20,00 128,00 68,00 88,00 98,00 36,60 Cabeza y cuello: cabeza normocefala, con edema en labio superior, con estigmas de sagrdo, piezas dentales completas, cuello movil, sin soplos, sin masas o lesiones aparentes. cardiopulmonar: Tórax simetrico, normoexpansible, ruidos cardiacos ritmicos, regular, sin soplos o ruidos sobreagregados, murmullo vesicular presente en todos los campos pulmonares bilaterales, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: conabundante panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: ambas extremidades inferiores inmovilizadas, llenado capilar menor a 2 segundos en todas las extremidades, movilizacion de falanges distales de miembros inferiores. neurologico: Alerta, orientada, glasgow 15/15, sin déficit motor o sensitivo aparente. sin focalizacion. Paraclínicos: Hemograma: Leuos: 12.65, neutros: 80.6%, linfos: 13.80, Hgb: 12.8, Hcto: 41.3, plaq: 306 000 imagenes: TAC de miembros inferiores y articulaciones: 21.10.2019 rodilla derecha: Fractura conminuta desplazada de la metáfisis tibial proximal que compromete el platillo tibial medial, lateral y las espinas tibiales, con presencia de fragmentos óseos intraarticulares. Además, fractura conminuta de la metáfisis fibular proximal. rodilla izquierda: Fractura con minuta y desplazada de la diáfisis y metáfisis tibial proximal, con extensión al platillo tibial medial, lateral y espinas tibiales. 1. Fractura de las metáfisis proximales de ambas tibias, Schatzker VI, y fractura de la fíbula proximal derecha. 2. Lipoheartrosis bilateral asociada. Tac de craneo simple y columna cervical: 21.10.2019 ESTUDIO SIN EVIDENCIA DE PROCESO INTRACRANEAL AGUDO DE LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO. ESTUDIO DE COLUMNA CERVICAL SIN SIGNOS DE TRAUMA ÓSEO AGUDO. Radiografia de torax:

21.10.2019 pendiente lectura oficial, sin neumo o hemotorax aparente, sin estigmas de fractura. Análisis: paciente femenina en su cuarta decada de la vida quien ingresa en contexto de politraumatismo secundario a caída de motocicleta tras perder el control de la misma. Presentando trauma craneoencefalico leve con perdida de la consciencia en la escena, trauma maxilofacial leve, trauma cerrado de torax , trauma cerrado de abdomen bajo vigilancia abdominal y trauma de miembros inferiores con evidencia de fractura bilateral tibial y fractura de fibula proximal derecha programada para reduccion abierta de fracturas por parte del grupo de ortopedia para el dia de hoy. paciente refiere encontrarse en mejores condiciones generales, con adecuada evolucion clinica, estable hemodinamicamente, sin signos de dificultad respiratoria, en protocolo de vigilancia abdominal sin hallazgos positivos al momento. Paciente sin via oral porque sera llevada a procedimiento quirurgico por parte de ortopedia, tras intervencion quirurgica y dependiendo de la evolucion clinica positiva se puede reiniciar la via oral. se le explica a la paciente quien refiere entender y aceptar. plan: - Observación - iniciar via oral posterior a intervencion quirurgica por ortopedia. - Continuar protocolo de vigilancia abdominal - igual manejo medico - pendiente Rx de pelvis - Control de signos vitales Avisar cambios, Gracias.

plan: - Observación - iniciar via oral posterior a intervencion quirurgica por ortopedia. - Continuar protocolo de vigilancia abdominal - igual manejo medico - pendiente Rx de pelvis - Control de signos vitales Avisar cambios, Gracias.

### Descripción Quirúrgica

Fecha Registro: 22.10.2019

Hora Registro: 21:40:16

Responsable: TORRES CALERO, MAURICIO

#### Tipo de herida :

Limpia

#### Descripcion de la prestación :

INJERTO OSEO EN TIBIA O PERONE

#### Hallazgos :

FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SVI CONMINUTA ( ESTALLIDO ARTICULAR) CON HUNDIMIENTO Y DEFECTO OSEO LATERAL , AVULSION MENISCAL LATERAL METIDO EN FOCO DE FRACTURA, RUPTURA CAPSULO LIGAMENTARIA RETINACULAR MEDIAL Y PARCIAL DEL LIG COLATERAL MEDIAL. FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES IZQUIERDOS SVI CONMINUTA ( ESTALLIDO ARTICULAR) CON HUNDIMIENTO Y DEFECTO OSEO CENTRAL, CONMINUCION DE ESPINAS TIBIALES Y CONMINUCION METAFISARIA SEVERA CON PERDIDA DE LONGITUD QUE OBLIGA A USO DE DISTRACTOR AO , RUPTURA ENB ASA DE BALDE MENISCAL LATERAL METIDO EN FOCO DE FRACTURA, RUPTURA CAPSULO LIGAMENTARIA RETINACULAR MEDIAL Y PARCIAL DEL LIG COLATERAL MEDIAL. ESTE TIPOO DE FRACTURA PUEDEN TENER ADICIONAL LESION LIGAMENTARIA OCULTAS QUE A VECES REQUIEREN UN SEGUNDO TIEMPO UNA VEZ LA PARTE OSEA SE ENCUENTRE CONSOLIDADA. LESION ARTICULAR SEVERA DE AMBAS RODILLAS EN PACIENTE CON OBESIDAD MORBIDA , DAÑO ARTICULAR SEVERO CON ALTO RIESGO DE ARTROSIS, DEFORMIDAD , RIDIDEZ, AFLOJAMIENTO, NO UNION Y COJERA COMO SECUELAS DADAS LA SEVERIDAD DEL TRAUMA DE ALTA ENERGIA. ES FRECUENTE QUE ESTE TIPO DE LESIONES REQUIERAN REEMPLAZOS ARTICULARES A FUTURO , SE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR Y FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO. AYUDANTES QX DRA JULIANA HENAO DR FELIPE FONSECA

#### Descripción procedimiento :

ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA SOLUPREP, CAMPOS ESTERILES FOLIODRAPE BILATERAL Y TORNQUETE NEUMATICO 2 HRS EN CADA RODILLA 300MMHG. PROCEDIMIENTO UNO RODILLA DERECHA: ABORDAJE MEDIAL DE RODILLA , DISECCION POR PLANOS EXPOSICION DEL PLATILLO TIBIAL MEDIAL , DRENAJE DE HEMATOMA, CURETAGE OSEO , REDUCCION ABIERTA DEL PLATILLO MEDIAL , FIJACION CON 2 PLACAS DE PLATILLOS TIBIALES POSTEROMEDIAL 4H Y MEDIAL EN T DE 4 H SYNTHES , SE REALIZA ABORDAJE DE PLATILLO TIBIAL LATERAL , DRENAJE DE HEMATOMA, SE LIBERA MENISCO ROTO Y SE REPARA CON VIRYL 1-0 , LEVANTAMIENTO DE SUPERFICIE ARTICULAR , COLOCACION DE INJERTO OSEO PLEXUR ( WEDGE) DE 15 GRADOS EN CUÑA PARA COMPLETAR DEFECTO OSEO Y EVITAR COLAPSO. FIJACION CON PLACA ANATOMICA AV PLATILLOS TIBIAL LATERAL DE 3.5MM DE 6 H FIJACION ARTICULAR CON TORNILLO CONICO DE 3.5MM ROSCA COMPLETA BAJO TV AP Y LAT, PREVIA COLOCACION DE PINZA KING , FIJACION DE PLACAS CON CLAVO K 2.0MM UNO Y CLAVOS GUIADE 2.8MM DOS, FIJACION DE PLACAS CON 10 TORNILLOS CORTICALES DE 3.5MM , 5 TORNILLOS DE BLOQUEO DE 3.5MM Y 10 TORNILLOS DE BLOQUEO AV DE 3.5MM . VERIFICACION DE REDUCCION Y FIJACION CON TV AP Y LAT. LAVADO FINAL CON SSN. REINCERSION Y SUTURA DEL MENISCO LATERAL CON VICRYL 1-0 REINCERTANDOLO AL BORDE TIBIAL. REPARO CAPSULOLIGAMENTARIO RETINACULAR MEDIAL Y REFUERZO COLATERAL MEDIAL CON VICRYL 1-0. SUTURA POR PLANOS, APOSITOS ESTERILES



Y VENDAJE BULTOSO + INMOVILIZADOR DE RODILLA. PROCEDIMIENTO DOS RODILLA IZQUIERDA: ABORDAJE MEDIAL DE RODILLA , DISECCION POR PLANOS EXPOSICION DEL PLATILLO TIBIAL MEDIAL , DRENAJE DE HEMATOMA, CURETAJE OSEO , REDUCCION AIBERTA DEL PLATILLO MEDIAL , FIJACION CON 2 PLACAS DE PLATILLOS TIBIALES POSTEROMEDIAL 8H Y MEDIAL EN T DE 6 H SYNTHES , SE REALIZA ABORDAJE DE PLATILLO TIBIAL LATERAL , DRENAJE DE HEMATOMA, SE LIBERA MENISCO ROTO Y SE REPARA CON VIRYL 1-0 , SE COLOCA DISTRACTOR AO CON 2 CLAVOS DE SCHANTZ DE 5MM LIBERANDO PLATILLO LATERAL LUXADO , SE REALIZA LEVANTAMIENTO DE SUPERFICIE ARTICULAR , COLOCACION DE AUTOINJERTO OSEO TOMADO DE LOS MISMOS FRAGMENTOS OSEO SUELTOS PARA COMPLETAR DEFECTO OSEO Y EVITAR COLAPSO. FIJACION CON PLACA ANATOMICA AV PLATILLOS TIBIAL LATERAL DE 3.5MM DE 14 H ESTABILIZACION CON CLAVO K 2.0MM UNO Y CLAVOS GUIA DE 2.8MM DOS COLOCACION DE PINZA OSEA KING PARA CERRAR ARTICULACION, FIJACION DE PLACAS CON 10 TORNILLOS CORTICALES DE 3.5MM , 4 TORNILLOS DE BLOQUEO DE 3,5MM Y 9 TORNILLOS DE BLOQUEO AV DE 3.5MM . VERIFICACION DE REDUCCION Y FIJACION CON TV AP Y LAT. LAVADO FINAL CON SSN. REINCERSION Y SUTURA DEL MENISCO LATERAL CON VUICRYL 1-0 REINCERTANDO AL BORDE TIBIAL. REPARO CAPSULOLIGAMENTARIO RETINACULAR MEDIAL Y REFUERZO COLATERAL MEDIAL CON VICRYL 1-0. RETIRO DE ISTRACTOR AO Y CLAVOS GUIAS , SUTURA POR PLANOS, APOSITOS ESTERILES Y VENDAJE BULTOSO + INMOVILIZADOR DE RODILLA.

#### Complicaciones :

NO

#### Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 22.10.2019

Hora Registro: 21:43:48

Responsable: TORRES CALERO, MAURICIO

HOSPITALIZAR EN PISO NO DEBE PISAR USO DE INMOVILIZADORES DE RODILLAS BILATERAL. RX RODILLAS AP Y LAT POSTQX BILATERAL.

#### Evolución Médica

Fecha Registro: 23.10.2019

Hora Registro: 08:26:04

Responsable: BEJARANO CASTRO, MONICA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Tipo de Evolución: Manejo diario

CIRUGIA GENERAL PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ Edad: 39 años FI: 21/10/2019 Diagnosticos: \* TCE leve \*Trauma facial: herida labio superior y fractura dental #23 \* Trauma columna cervical \* Trauma cerrado de tórax y abdomen \* Trauma de miembros inferiores con Fractura de las metáfisis proximales de ambas tibias, Schatzker VI, y fractura de la fíbula proximal derecha. Subjetivo: la paciente refiere dolor moderado en miembros inferiores bilaterales y en region peribucal. Niega nauseas o emesis, sintomas respiratorios, o dolor abdomina. Diuresis por sonda vesical, sin deposiciones desde el ingreso.

Encuentro a paciente en cama hospitalaria, acompañada de familiar, en aceptables condiciones generales. Alerta, orientada, colaboradora con la entrevista, algica, sin signos de dificultad respiratoria, sin necesidad de oxigeno suplementario, hidratada y afebril al tacto, sin SIRS. Signos vitales: Hora Temp FC FR TAS TAD TAM SaO2 23.10.2019 08:18:00 36,00 111,00 20,00 100,00 53,00 68,67 98,00 23.10.2019 04:00:00 0,00 108,00 21,00 101,00 50,00 67,00 94,00 23.10.2019 00:54:29 0,00 107,00 20,00 107,00 50,00 69,00 96,00 22.10.2019 11:58:36 37,20 89,00 16,00 108,00 58,00 74,67 98,00 22.10.2019 07:00:00 35,70 91,00 19,00 107,00 59,00 75,00 96,00 22.10.2019 03:00:00 35,50 83,00 21,00 104,00 60,00 74,67 94,00 21.10.2019 23:00:00 36,60 98,00 20,00 128,00 68,00 88,00 98,00 Cabeza y cuello: cabeza normocefala, heridas cubiertas con micropore, con edema en labio superior, mucosas rosadas palidas, escleras anictericas. Cuello movil, sin masas o lesiones aparentes. Tórax: simetrico, normoexpansible, ruidos cardiacos ritmicos, regulares, sin soplos; murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados. Abdomen: abundante panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: ambas extremidades inferiores inmovilizadas con ferula, y vendaje, movilizacion de falanges distales de miembros inferiores, llenado capilar menor a 2 segundos en todas las extremidades Neurologico: Alerta, orientada, glasgow 15/15, sin déficit motor o sensitivo aparente, sin focalizacion. Paraclínicos: 22.10.2019 Hemograma: Leuos: 12.65, neutros: 80.6%, linfos: 13.80, Hgb: 12.8, Hcto; 41.3, plaq: 306 000 Imagenes diagnosticas: - 21.10.2019 TAC de miembros inferiores y articulaciones: rodilla derecha: Fractura conminuta desplazada de la metáfisis tibial proximal que compromete el platillo tibial medial, lateral y las espinas tibiales, con presencia de fragmentos óseos intraarticulares. Además, fractura conminuta de la metáfisis fibular proximal. rodilla izquierda: Fractura con minuta y desplazada de la diáfisis y metáfisis tibial proximal, con extensión al platillo tibial medial, lateral y espinas tibiales. 1. Fractura de las metáfisis proximales de ambas tibias, Schatzker VI, y fractura de la fíbula proximal derecha. 2. Lipohemartrosis bilateral asociada. Tac de craneo simple y columna cervical: ESTUDIO SIN EVIDENCIA DE PROCESO INTRACRANEAL AGUDO DE LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO.

ESTUDIO DE COLUMNA CERVICAL SIN SIGNOS DE TRAUMA ÓSEO AGUDO. Radiografía de torax: pendiente lectura oficial, sin neumato o hemotorax aparente, sin estigmas de fracturas.

Paciente femenina en su cuarta década de la vida, quien ingresa por politraumatismo secundario a accidente en motocicleta tras caer a un hueco en la vía pública y perder el control de la misma, presentando trauma craneoencefálico leve con pérdida de la consciencia en la escena, trauma maxilofacial leve, trauma cerrado de torax, trauma cerrado de torax y abdomen, y trauma de miembros inferiores con fractura bilateral tibial y fractura de fíbula proximal derecha, que fue llevada a cirugía para reducción abierta de fracturas por parte del grupo de ortopedia ayer. Hoy encontramos la paciente en mejores condiciones generales, con adecuada evolución clínica, taquicárdica pero normotensa (posiblemente relacionado con dolor posoperatorio), sin signos de dificultad respiratoria, ni dolor abdominal. Se decide dar de alta por Cirugía general y se dan recomendaciones; se le explica a la paciente y su acompañante, quienes refieren entender y aceptar.

- Continúa hospitalizada a cargo de Ortopedia - Dieta común - Inmovilización de MsiS - Igual manejo médico - Pendiente Radiografía de pelvis - Control de signos vitales - Se cierra interconsulta por Cirugía general.

## Evolución Médica

Fecha Registro: 23.10.2019

Hora Registro: 12:41:14

Responsable: JARAMILLO VALENCIA, SERGIO ANDRES

Especialidad: ANESTESIOLOGÍA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLÍNICA DEL DOLOR PAOLA FERNANDA LOZANO RAMÍREZ Edad: 39 años Diagnósticos: POP reducción abierta mas osteosíntesis fractura tibia mas injerto óseo y sutura de menisco DIA: 1 Fractura de las metáfisis proximales de ambas tibias, Schatzker VI, y fractura de la fíbula proximal derecha. PLAN ANALGÉSICO ACTUAL: - PCA DE ANALGESIA : BUPIVACAÍNA 0,1% + FENTANILO EPIDURAL 2MCG/ML EN 100ML C/8H 100 ML INTRAVENOS bupí-fenta epidural dejar a 6 cch con bolos de 4 cc intervalo de 10 máx. dosis en 4 horas de 10 bolos (CONSUMO 18mg 4/5 en 17 horas) - Dipirone 1000mg cada 8 horas - Tramadol 50mg cada 12 horas S: Paciente que refiere dolor en: miembros inferiores Tiene un EVA en movimiento 6/10 EVA en reposo 3 / 10 tolera la vía oral No presenta los siguientes efectos adversos: Náuseas, Vómito, Mareo, Prurito, Rash, Ausencia de deposiciones, Retención urinaria, Dificultad respiratoria, hipotensión, pérdida de la sensibilidad. Movilización reducida los miembros inferiores por dolor O/ Alerta, reactiva, orientada Sin distres respiratorio Heridas quirúrgicas cubierta, en miembro inferiores, sin sangrado activo Adecuada tolerancia y respuesta a manejo analgésico. Se optimiza manejo con analgesia multimodal. Se educa sobre uso del dispositivo. PLAN: continuar igual manejo médico instaurado se educa sobre el uso de PCA REVALORACIÓN POR CLÍNICA DE DOLOR AGUDO

-

-

-

## Evolución Médica

Fecha Registro: 23.10.2019

Hora Registro: 14:31:53

Responsable: LOPEZ TRUJILLO, MARIA VICTORIA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA - DR. TORRES Paola Fernanda Lozano, 39 años Diagnósticos: - Politraumatismo accidente de tránsito: -- TCE leve -- Fractura de platillos tibiales bilateral Schatzker VI -- Fractura conminuta de metáfisis de fíbula proximal derecha. -- POP Reducción abierta + OTS de fracturas tibiales (22.10.2019) Subjetivo: la paciente refiere dolor moderado en miembros inferiores bilaterales, de predominio en el derecho y dolor peribulal, refiere leve mejoría con manejo analgésico. No refiere dificultad respiratoria, dolor torácico ni palpitations. Objetivo: Paciente en regulares condiciones generales. Se observa analgesia por PCA. Diuresis por sonda vesical. En compañía de su esposo Signos vitales: T FC FR TAS TAD TAM SATO2 36 111 20 100 53 68 98% Paciente con marcado edema en boca, presenta en labio superior herida cubierta, sin sangrado activo. Leve dolor a la palpación de la ATM. Escoriaciones a nivel del codo izquierdo. Extremidades inferiores con inmovilizadores de rodilla, vendaje limpio sin estigmas de sangrado. Dorsi-plantiflexión bilateral conservada, movilidad de los dedos de los pies conservada. Llenado capilar <2 segundos. Paraclínicos 21.10.2019: Hto 41 Hb 12.8 Pltas 306.000 Leucos 12.650 N89% L13.8%. Hemoclasificación B+ Imágenes: 22.10.2019 Radiografía de rodillas: Fractura conminuta irregular, desplazada diafisaria y metafisis-epifisaria con importante desplazamiento de los platillos tibiales, especialmente el lateral. Fractura desplazada conminuta de la metáfisis de fíbula derecha. TAC de miembros inferiores Miembro inferior derecho: Fractura conminuta desplazada de la metáfisis tibial proximal que compromete el platillo tibial medial, lateral y las espinas tibiales, con presencia de fragmentos óseos intraarticulares. Fractura conminuta de la metáfisis fibular proximal.

Miembro inferior izquierdo: Fractura con minuta y desplazada de la diáfisis y metáfisis tibial proximal, con extensión al platillo tibial medial, lateral y espinas tibiales. Lipohemartrosis bilateral 23.10.2019 Radiografía de miembros inferiores: Material de osteosíntesis (placas y tornillos) íntegro en adecuada posición, imágenes sin signos de aflojamiento. A/P: Paciente en la cuarta década ingresa el 21.10.2019 por politraumatismo en accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta. Al ingreso marcado edema en rodillas, dolor intenso a la palpación y deformidad en varo, por lo cual se toma, inicialmente, radiografía de rodillas con evidencia de fractura de platillos tibiales bilateral Schatzker VI, fractura de metáfisis de fíbula derecha. El 22.10.2019 se realiza reducción abierta de las fracturas anotadas, sin complicaciones. Al día de hoy, paciente en manejo analgésico con PCA, buena respuesta al manejo analgésico, sin signos de SIRS ni clínica sugestiva de embolización. Cuenta con radiografía de control que evidencia material de osteosíntesis en adecuada posición. Debe continuar hospitalizada para observación clínica del POP. Se solicita valoración por fisiatría (cambios de posición, no apoyo de miembros inferiores).

.

.

.

## Evolución Médica

Fecha Registro: 24.10.2019

Hora Registro: 10:05:51

Responsable: DORADO VELASCO, FABIAN CAMILO

Especialidad: DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLINICA DEL DOLOR PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ Edad: 39 años Diagnosticos: POP reduccion abierta mas osteosintesis fractura tibia mas injerto oseo y sutura de menisco DIA: 2 Fractura de las metáfisis proximales de ambas tibias, Schatzker VI, y fractura de la fíbula proximal derecha. PLAN ANALGESICO ACTUAL: - PCA DE ANALGESIA : BUPIVACAINA 0,1% + FENTANILO EPIDURAL 2MCG/ML EN 100ML C/8H 100 ML INTRAVENOS infusion: 6 cchr con bolos de 4 cc intervalo de 10 máx. dosis en 4 horas de 10 bolos (CONSUMO 4/6) - Dipirone 1000mg cada 8 horas - Tramadol 50mg cada 12 horas - Morfina 3 mg c/4 horas S: Paciente que refiere dolor en: miembros inferiores Tiene un EVA en movimiento 2/10, EVA en reposo 0/ 10 tolera la vía oral No presenta los siguientes efectos adversos: Nauseas, Vomito, Mareo, Prurito, Rash, Ausencia de deposiciones, Retención urinaria, Dificultad respiratoria, hipotensión, pérdida de la sensibilidad. Movilización reducida los miembros inferiores POR VENDAJE. Diuresis por sonda vesical. Hipoestesia en MMII Izq O/ Alerta, reactiva, orientada Sin distres respiratorio Heridas quirúrgicas cubierta, en miembro inferiores, sin sangrado activo, cubiertas con vendaje inguino pedio. MOviliza artoes S/ Adecuada tolerancia y respuesta a manejo analgésico. Se optimiza manejo con analgesia multimodal. Se educa sobre uso del dispositivo. Se inicia destete de infusion epidural para posible retiro mañana. Se ajusta analgesia multimodal

-

-

- tramadol 50mg c/8 hrs - morfina 3mg como rescate - PCA DE ANALGESIA : BUPIVACAINA 0,1% + FENTANILO EPIDURAL 2MCG/ML EN 100ML C/8H 100 ML INTRAVENOS infusion: 4 cc/hr + PCEA bolos de 4 cc intervalo de 10 máx. dosis en 4 horas de 10 bolos - Revaloracion

## Evolución Médica

Fecha Registro: 24.10.2019

Hora Registro: 11:37:08

Responsable: LOPEZ TRUJILLO, MARIA VICTORIA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA - DR. TORRES Paola Fernanda Lozano, 39 años Diagnosticos: - Politraumatismo accidente de tránsito: -- TCE leve -- Fractura de platillos tibiales bilateral Schatzker VI -- Fractura conminuta de metáfisis de fíbula proximal derecha. -- POP Reducción abierta + OTS de fracturas tibiales (22.10.2019) Subjetivo: Paciente refiere buena modulación del dolor en miembros inferiores y facial, refiere dolor en la ATM. Se encuentra con dieta líquida con buena tolerancia, presentó náusea en horas de la mañana. No emesis, no distensión, no dificultad respiratoria, dolor torácico ni palpitations. Diuresis por sonda. Objetivo: Paciente en regulares condiciones generales, analgesia por PCA. Sin signos de dificultad respiratoria. Por el momento en compañía de su tía. Signos vitales: T FC FR TAS TAD TAM SATO2 36,2 102 18 98 56 70 97 Paciente con edema moderado en boca, presenta en labio superior herida cubierta, sin sangrado activo. Dolor a la movilización de la ATM. Escoriaciones a nivel del codo izquierdo. Extremidades inferiores con inmovilizadores de rodilla, vendaje limpio sin estigmas de sangrado. Movilidad de los pies conservada. Llenado capilar <2 segundos Paraclínicos 21.10.2019: Hto 41 Hb

12.8 Pltas 306.000 Leucos 12.650 N89% L13.8%. Hemoclasificación B+ Imágenes: 22.10.2019 Radiografía de rodillas: Fractura conminuta irregular, desplazada diafisaria y metafisio-epifisaria con importante desplazamiento de los platillos tibiales, especialmente el lateral. Fractura desplazada conminuta de la metáfisis de fíbula derecha. TAC de miembros inferiores Miembro inferior derecho: Fractura conminuta desplazada de la metáfisis tibial proximal que compromete el platillo tibial medial, lateral y las espinas tibiales, con presencia de fragmentos óseos intraarticulares. Fractura conminuta de la metáfisis fibular proximal. Miembro inferior izquierdo: Fractura conminuta y desplazada de la diáfisis y metáfisis tibial proximal, con extensión al platillo tibial medial, lateral y espinas tibiales. Lipohemartrosis bilateral 23.10.2019 Radiografía de miembros inferiores: Material de osteosíntesis (placas y tornillos) íntegro en adecuada posición, imágenes sin signos de aflojamiento. A/P: Paciente de 39 años, hospitalizada por politraumatismo en accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta. Al ingreso marcado edema en rodillas, dolor intenso a la palpación y deformidad en varo. Se solicitan imágenes diagnósticas que evidencian fractura de platillos tibiales bilateral Schatzker VI, fractura de metáfisis de fíbula derecha, por lo cual es llevada a reducción abierta de las fracturas anotadas, sin complicaciones. Al día de hoy, día 2 POP, paciente en manejo analgésico con PCA, buena respuesta al manejo analgésico, clínicamente estable, sin signos de SIRS. Radiografía de control que muestra material de osteosíntesis en adecuada posición. Tiene pendiente valoración por fisiatría (Cambios de posición, no apoyo de miembros inferiores).

.

.

.

## Evolución Médica

Fecha Registro: 24.10.2019

Hora Registro: 11:56:02

Responsable: SERPA SERPA, JOSE MAURICIO

Especialidad: FISIATRÍA

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

FISIATRÍA: 39 años, Femenino. - Politraumatismo accidente de tránsito: - TCE leve - Trauma facial: herida labio superior y fractura dental #23 - Trauma columna cervical - Trauma cerrado de tórax y abdomen - Fractura de platillos tibiales bilateral Schatzker VI - Fractura conminuta de metáfisis de fíbula proximal derecha. - POP Reducción abierta + OTS de fracturas tibiales (22.10.2019) Actualmente refiere dolor controlado no relata parestesias en decubito permanente dependiente en movilidad y autocuidado

Alerta en decubito supino edema facial fuerza muscular 5/5 en miembros superiores, acompañado de sensibilidad normal. miembros inferiores con inmovilizador de rodilla bilateral refiere sensibilidad normal en pie bilateral 4/5 para dorsi y plantiflexión de pie bilateral patrones funcionales incompletos limitación moderada para la movilidad

Paciente con deficiencia de sistema osteoarticular y de la piel, se recomienda inicio de proceso rehabilitador para mejorar movilidad y evitar complicaciones por decubito

Terapia física para: - movilidad articular - isométricos de cuádriceps - activos para dorsi y plantiflexión de pie bilateral - mantener fuerza en miembros superiores - entrenamiento en transiciones - estimular sedente - medidas antiescaras y antidemas - educación a cuidador

## Otras Evoluciones

Fecha Registro: 24.10.2019

Hora Registro: 18:21:41

Responsable: TORRES BENAVIDES, VILEIDY DAYANA

TRABAJO SOCIAL

SE INTERCONSULTA POR NORMAS DE CONVIVENCIA

PACIENTE EN CAMA, AL MOMENTO ACOMPAÑADO POR FAMILIAR, CON QUIENES SE POSIBILITA ESPACIO PARA EXPRESION DE SENTIMIENTOS, DAN CUENTA DE PROCESO HOSPITALARIO Y SE SENSIBILIZA FRENTE A LA IMPORTANCIA DE FORTALECER RELACION CON EL ENTORNO SALUDABLES, DE TAL MANERA QUE SE GARANTICEN REDES DE BUEN TRATO, ASI COMO FORTALECIMIENTO DE PAUTAS DE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS INTRAHOSPITALARIAS TENIENDO EN CUENTA SUS DERECHOS Y DEBERES EN ESTE ESPACIO. SE ESTABLECEN ACUERDOS. SE DEJA CARTILLA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y SU FAMILIAS. SERVICIO ENTEADO.

SE COMENTA CASO CON JEFE DEL SERVICIO.

## Evolución Médica

Fecha Registro: 25.10.2019

Hora Registro: 10:40:39

Responsable: DORADO VELASCO, FABIAN CAMILO

Especialidad: DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS

Tipo de Evolución: Interconsulta x especialista

CLINICA DEL DOLOR PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ Edad: 39 años Diagnosticos: POP reduccion abierta mas osteosintesis fractura tibia mas injerto oseo y sutura de menisco DIA: 3 Fractura de las metáfisis proximales de ambas tibias, Schatzker VI, y fractura de la fíbula proximal derecha. PLAN ANALGESICO ACTUAL: - PCA DE ANALGESIA : BUPIVACAINA 0,1% + FENTANILO EPIDURAL 2MCG/ML EN 100ML C/8H 100 ML INTRAVENOS infusion: 4 cc/hr + PCEA bolos de 4 cc intervalo de 10 máx. dosis en 4 horas de 10 bolos CONSUMO: 2/3 - Dipirona 1000mg cada 8 horas - tramadol 50mg c/8 hrs - morfina 3mg como rescate S: Paciente que refiere dolor en: miembros inferiores Tiene un EVA en movimiento 2/10, EVA en reposo 0/ 10 tolera la vía oral. Presenta: Nauseas, un episodio de emesis No presenta los siguientes efectos adversos: Vomito, Mareo, Prurito, Rash, Ausencia de deposiciones, Retención urinaria, Dificultad respiratoria, hipotensión, pérdida de la sensibilidad. Movilización reducida los miembros inferiores POR VENDAJE. Diuresis por sonda vesical. Hipoestesia en MMII IZq O/ Alerta, reactiva, orientada Sin distres respiratorio Heridas quirúrgicas cubierta, en miembro inferiores, sin sangrado activo, cubiertas con vendaje inguino pedio. MOVILIZA artejos ANALISIS: Adecuada tolerancia y respuesta a manejo analgésico. con bajo uso del dispositivo, por lo que se considera retiro de cateter epidural por enfermeria de dolor. No recibe heparinas de bajo peso molecular en ultimas 12 horas. Continúa manejo analgesico por especialidades tratantes

-

-

-Retiro cateter epidural -Salida por el servicio de clinica del dolor

## Evolución Médica

Fecha Registro: 25.10.2019

Hora Registro: 11:39:08

Responsable: LOPEZ TRUJILLO, MARIA VICTORIA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

ORTOPEDIA - DR. TORRES Paola Fernanda Lozano, 39 años Diagnósticos: -Politraumatismo accidente de tránsito: -- TCE leve -- Fractura de platillos tibiales bilateral Schatzker VI -- Fractura conminuta de metáfisis de fíbula proximal derecha. -- POP Reducción abierta + OTS de fracturas tibiales (22.10.2019) Subjetivo: Paciente refiere aceptables condiciones generales. Refiere dolor a la movilización pasiva de miembros inferiores, adecuada respuesta al manejo con analgésicos. Refiere un episodio emético el día de ayer con posterior buena tolerancia a la vía oral. No distensión, no dificultad respiratoria, dolor torácico ni palpitations. Objetivo: Paciente en regulares condiciones generales. Sin signos de dificultad respiratoria. En compañía de su tía, Por el momento. Signos vitales con T°36°C, FC 92 lpm, FR 20 cpm, T/A 91/62 mmHg, SatO2 98% con FIO2 al 21%. Heridas en boca cubiertas sin evidencia de sangrado. Extremidades inferiores con inmovilizadores de rodilla, vendaje limpio sin estigmas de sangrado. Movilidad y sensibilidad de los pies conservada. Llenado capilar <2 segundos. Paraclínicos/ 21.10.2019: Hto 41 Hb 12.8 Pltas 306.000 Leucos 12.650 N89% L13.8%. Hemoclasificación B+ Imágenes: 22.10.2019 Radiografía de rodillas: Fractura conminuta irregular, desplazada diafisaria y metafisis-epifisaria con importante desplazamiento de los platillos tibiales, especialmente el lateral. Fractura desplazada conminuta de la metáfisis de fíbula derecha. TAC de miembros inferiores Miembro inferior derecho: Fractura conminuta desplazada de la metáfisis tibial proximal que compromete el platillo tibial medial, lateral y las espinas tibiales, con presencia de fragmentos óseos intraarticulares. Fractura conminuta de la metáfisis fibular proximal. Miembro inferior izquierdo: Fractura con minuta y desplazada de la diáfisis y metáfisis tibial proximal, con extensión al platillo tibial medial, lateral y espinas tibiales. Lipohemartrosis bilateral 23.10.2019 Radiografía de miembros inferiores: Material de osteosíntesis (placas y tornillos) íntegro en adecuada posición, imágenes sin signos de aflojamiento. A/P: Paciente hospitalizada por politraumatismo en accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta. Evidencian fractura de platillos tibiales bilateral Schatzker VI, fractura de metáfisis de fíbula derecha. Es llevada el 22.10.2019 a reducción abierta de las fracturas anotadas, sin complicaciones. Al día de hoy paciente con buena evolución clínica, sin nueva sintomatología ni signos de SIRS. Radiografía de control con material de osteosíntesis íntegro, en adecuada posición, reduciendo fracturas. Paciente con adecuada evolución clínica, se decide continuar proceso de recuperación ambulatorio y control con ortopedia en 12 días, se entrega fórmula médica, se educa sobre signos de alarma para reconsultar y se dan recomendaciones. Dado el compromiso de rodilla bilateral que sumado a su antecedente de obesidad, impacta significativamente su funcionalidad, como consecuencia, dependencia para realizar actividades básicas diarias, de cuidado personal y ejercicios de



rehabilitación, fue valorada por fisioterapia quienes soportan lo anteriormente mencionado. Por lo anterior se da orden de cuidados de enfermería domiciliarios. Traslado en ambulancia desde FCVL hasta su domicilio e igualmente traslado desde su domicilio hasta FCVL. La paciente refiere entender y aceptar la conducta. Se da incapacidad médica por 30 días. Paciente actualmente con sonda vesical, se indica retiro de sonda previo al alta.

.

.

.

### Indicaciones de Enfermería

Fecha Registro: 25.10.2019

Hora Registro: 11:39:29

Responsable: ZARATE LEAL, MILAN FERNANDO

Retiro de sonda vesical previo al alta.

### Alta Médica

Fecha Registro: 25.10.2019

Hora Registro: 14:01:02

Responsable: RAMIREZ GARCIA, MELINA MARIA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

### Tipo Alta

Mejoría

### Condición del Egreso

Vivo

### Complicaciones

Ninguna

### Recomendaciones

No apoyo, continuar manejo por consulta externa, tomar medicamentos según indicación, no mojar ni dañar vendajes.

### Diagnóstico Alta

S821 - FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA T

### Evolución Médica

Fecha Registro: 25.10.2019

Hora Registro: 20:13:07

Responsable: MALDONADO LOZANO, JUAN MANUEL

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tipo de Evolución: Evolución

NOTA MÉDICO HOSPITALARIO NOCHE PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ Diagnosticos: POP reduccion abierta mas osteosintesis fractura tibia mas injerto oseo y sutura de menisco DIA: 3 Fractura de las metáfisis proximales de ambas tibias, Schatzker VI, y fractura de la fíbula proximal derecha. Puntuación escala de Barthel: 35. PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS A QUIEN EL DÍA DE HOY SE DA EGRESO POR PARTE DE ESPECIALIDAD TRATANTE, SIN EMBARGO NO SE AUTORIZA TRASLADO EN AMBULANCIA POR PARTE DE EPS, PACIENTE EN EL MOMENTO CON INMOVILIZACIÓN DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES, CON IMPOSIBILIDAD DE FLEXIÓN DE RODILLAS, DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE AMBAS EXTREMIDADES. SE SOLICITA AUTORIZACIÓN DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO A DR. GUTIERREZ - COORDINADOR DE HOSPITALIZACIÓN QUIEN AUTORIZA TRASLADO CARGANDOLO A LA CUENTA.

.

.

.

### ORDENES CLINICAS - EPISODIO: 6734018

---

| Fecha      | Código     | Nombre   | U. Organizativa               | Responsable                       |
|------------|------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| 21.10.2019 | 890402-72  | INTERCONSULTA DE URGENCIAS   | UT Cirugía General            | FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL   |
| 21.10.2019 | 890701     | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL   | UE Urgencias adulto           | GUSTAVO JIMENEZ ORDOÑEZ           |
| 22.10.2019 | 817204     | LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS VÍA ABIERTA  | UQ Quirófano                  | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 22.10.2019 | 814711     | SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL ABIERTA   | UQ Quirófano                  | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 22.10.2019 | 793713     | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA   | UQ Quirófano                  | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 22.10.2019 | 780701     | INJERTO OSEO EN TIBIA O PERONE   | UQ Quirófano                  | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 22.10.2019 | 911107     | PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS  | UT Banco de Sangre            | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA  |
| 22.10.2019 | 911090     | BOLSAS RECOLECCIÓN CON FILTRO BANCO DE SANGRE  | UT Banco de Sangre            | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA  |
| 22.10.2019 | 912002     | TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS   | UT Banco de Sangre            | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA  |
| 22.10.2019 | 911003     | ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMB S INDIRECTO RASTRO ANTICUERPOS IRREGULARES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA) | UT Banco de Sangre            | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 22.10.2019 | 911021     | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA  | UT Banco de Sangre            | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 22.10.2019 | 911021     | PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA  | UT Banco de Sangre            | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 22.10.2019 | 911015     | HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA  | UT Inmunohemat e Infecciosas  | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 22.10.2019 | 911023     | ESTUDIO DEL ANTIGENO Rh D VARIANTE POR MICROTECNICA  | UT Inmunohemat e Infecciosas  | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 22.10.2019 | 911019     | HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTECNICA                                      | UT Inmunohemat e Infecciosas  | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 22.10.2019 | 911017     | HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTECNICA                                    | UT Inmunohemat e Infecciosas  | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 22.10.2019 | 862510     | DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) EN ÁREA ESPECIAL EN CARA O CUELLO   | UT Cirugía Plástica           | MARTHA CECILIA MATEUS GUTIERREZ   |
| 22.10.2019 | 865208     | SUTURA DE AVULSIÓN EN PABELLÓN AURICULAR NARIZ LABIOS PÁRPADOS O GENITALES   | UT Cirugía Plástica           | MARTHA CECILIA MATEUS GUTIERREZ   |
| 22.10.2019 | 867203     | COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS                                   | UT Cirugía Plástica           | MARTHA CECILIA MATEUS GUTIERREZ   |
| 22.10.2019 | 890402-72  | INTERCONSULTA DE URGENCIAS   | UT Cirugía Plástica           | ANGIE GISELLE OTÁLVARO PECHENE    |
| 22.10.2019 | 879520     | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES   | UT Escanografía               | GILBERTO ANTONIO HERRERA HUEPENDO |
| 22.10.2019 | 879520     | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES   | UT Escanografía               | GILBERTO ANTONIO HERRERA HUEPENDO |
| 22.10.2019 | 890402-72  | INTERCONSULTA DE URGENCIAS   | UT Ortopedia                  | GILBERTO ANTONIO HERRERA HUEPENDO |
| 22.10.2019 | 879111     | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE  | UT Escanografía               | FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL   |
| 22.10.2019 | 879201     | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORÁCICO LUMBAR O SACRO POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)              | UT Escanografía               | FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL   |
| 22.10.2019 | 873420     | RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP LATERAL)  | UT Rayos X convencional       | FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL   |
| 22.10.2019 | 873420     | RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP LATERAL)  | UT Rayos X convencional       | FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL   |
| 22.10.2019 | 871121     | RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)                                       | UT Rayos X convencional       | FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL   |
| 22.10.2019 | 902210     | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS) | UT Hematología                | FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL   |
| 23.10.2019 | 990204-47  | EDUCACIÓN CUIDADOS DE PIEL   | UT Valoraciones Asistenciales | CEYDI JULIETH FORY CORDOBA        |
| 23.10.2019 | 890402-007 | INTERCONSULTA DEL DOLOR CON FORMULACIÓN ESPECIAL   | UT Clínica del dolor          | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA  |
| 23.10.2019 | 873313     | RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL)   | UT Rayos X convencional       | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 23.10.2019 | 873420     | RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP LATERAL)  | UT Rayos X convencional       | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 23.10.2019 | 873313     | RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL)   | UT Rayos X convencional       | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 23.10.2019 | 873420     | RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP LATERAL)  | UT Rayos X convencional       | MAURICIO TORRES CALERO            |
| 23.10.2019 |            | PORTÁTILES PARA ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS   | UT Rayos X convencional       | MAURICIO TORRES CALERO            |

|            |            |  |                               |                               |
|------------|------------|--|-------------------------------|-------------------------------|
|            | 871121-001 |  |                               |                               |
| 24.10.2019 | 890402     | INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS   | UT Fisiatria                  | MARIA VICTORIA LOPEZ TRUJILLO |
| 24.10.2019 | 990207     | EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL | UT Valoraciones Asistenciales | CEYDI JULIETH FORY CORDOBA    |
| 24.10.2019 | 931001-04  | TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA             | UT Fisioterapia               | JOSE MAURICIO SERPA SERPA     |
| 24.10.2019 | 990204-47  | EDUCACION CUIDADOS DE PIEL                       | UT Valoraciones Asistenciales | NATHALIA TRIVIÑO AYALA        |

**PRESCRIPCIONES - EPISODIO: 6734018**

| Fecha      | Hora  | Medicamento  | Dosis   | Unidad | Vía        | Ciclo   | Responsable                      |
|------------|-------|--|---------|--------|------------|---------|----------------------------------|
| 21.10.2019 | 23:16 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML                              | 2500.00 | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL  |
| 21.10.2019 | 23:16 | SOLUCIONSALINA BOL 500ML 0,90%                         | 500.00  | ML     | INTRAVENOS | DOUNICA | FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL  |
| 21.10.2019 | 23:16 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML                           | 5.00    | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL  |
| 21.10.2019 | 23:38 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML                           | 5.00    | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | FABIO ALEJANDRO IBARRA SANDOVAL  |
| 22.10.2019 | 07:02 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML                              | 1250.00 | MG     | INTRAVENOS | C/8H    | ANGIE GISELLE OTALVARO PECHENE   |
| 22.10.2019 | 08:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML                           | 3.00    | MG     | INTRAVENOS | C/6H    | ANGIE GISELLE OTALVARO PECHENE   |
| 22.10.2019 | 13:46 | BUPIVACAINA 20MG GLUCOSA 300 MG /4ML AMP 4ML           | 20.00   | MG     | EPIDURAL   | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 13:46 | PROPOFOL 10MG/ML AMP 20ML                              | 200.00  | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 13:46 | NORADRENALINA JG 8MCG/ML X 10 ML                       | 80.00   | MCG    | INTRAVENOS | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 13:46 | ACIDO TRANEXAMICO 500MG/5ML                            | 500.00  | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 13:46 | DEXAMETASONA FOSFATO INY 8MG/2ML                       | 8.00    | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 13:46 | FENTANYL JERINGA PRELLENA 50 MCG/ML 2ML                | 100.00  | MCG    | INTRAVENOS | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 13:46 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML                         | 75.00   | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 13:46 | MORFINA 10MG/ML AMP 1ML                                | 10.00   | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 13:46 | MIDAZOLAM JERINGA PRELLENA 1MG/ML X 3ML                | 3.00    | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 13:46 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML                              | 2500.00 | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 13:46 | LIDOCAINA JG PRELLENA 20 MG/ML X 3ML                   | 60.00   | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 13:46 | ONDANSETRON SOL INYEC 4 MG/2ML                         | 4.00    | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | LEIDY JOHANNA LOPEZ ERAZO        |
| 22.10.2019 | 14:52 | BROMURO DE ROCURONIO 50 MG/ 5ML AMP 5ML                | 50.00   | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA |
| 22.10.2019 | 14:52 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)   | 1000.00 | MCG    | INTRAVENOS | DOUNICA | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA |
| 22.10.2019 | 14:52 | LIDOCAINA SIMPLE 20MG/ML AMP 10 ML                     | 200.00  | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA |
| 22.10.2019 | 14:52 | BUPIVACAINA 5MG/EPINEFRINA BITAR 9,1MCG/ML AMP 10ML    | 50.00   | MG     | PARENTERAL | DOUNICA | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA |
| 22.10.2019 | 14:52 | SEVOFLURANO 100G/100ML FCO 250ML                       | 40.00   | ML     | INHALATORI | DOUNICA | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA |
| 22.10.2019 | 14:54 | BUPIVACAINA 0,1% + FENTANILO EPIDURAL 2MCG/ML EN 100ML | 100.00  | ML     | INTRAVENOS | C/8H    | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA |
| 22.10.2019 | 18:09 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)   | 1000.00 | MCG    | INTRAVENOS | DOUNICA | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA |
| 22.10.2019 | 19:01 | REMIFENTANYL CLORHIDRATO (JG PRELLENA 20MCG/ML 50ML)   | 1000.00 | MCG    | INTRAVENOS | DOUNICA | SERGIO ANDRES JARAMILLO VALENCIA |
| 22.10.2019 | 22:00 | METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP 2ML                        | 10.00   | MG     | INTRAVENOS | DOUNICA | DIANA ISABELLA HERRERA RODRIGUEZ |
| 22.10.2019 | 23:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML                              | 1000.00 | MG     | INTRAVENOS | C/6H    | MAURICIO TORRES CALERO           |
| 22.10.2019 | 23:00 | CEFAZOLINA PARA INYECCION 1000MG                       | 1000.00 | MG     | INTRAVENOS | C/6H    | MAURICIO TORRES CALERO           |
| 23.10.2019 | 09:00 | ACETAMINOFEN 500 MG                                    | 500.00  | MG     | VIA ORAL   | C/6H    | MAURICIO TORRES CALERO           |
| 23.10.2019 | 11:00 | TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML                               | 50.00   | MG     | INTRAVENOS | C/12H   | MAURICIO TORRES CALERO           |
| 23.10.2019 | 15:00 | BUPIVACAINA 0,1% + FENTANILO EPIDURAL 2MCG/ML EN 100ML | 100.00  | ML     | INTRAVENOS | C/8H    | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA      |
| 24.10.2019 | 05:00 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 5ML                              | 1000.00 | MG     | INTRAVENOS | C/8H    | CRISTIAN ANTONIO IGUA ESCOBAR    |
| 24.10.2019 | 09:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML                           | 3.00    | MG     | INTRAVENOS | C/6H    | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA      |
| 24.10.2019 | 09:00 | BUPIVACAINA 0,1% + FENTANILO EPIDURAL 2MCG/ML EN 100ML | 100.00  | ML     | INTRAVENOS | C/8H    | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA      |
| 24.10.2019 | 13:00 | METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML AMP 2ML                        | 10.00   | MG     | INTRAVENOS | C/8H    | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA      |
| 24.10.2019 | 13:00 | TRAMADOL 50MG/ML AMP 1ML                               | 50.00   | MG     | INTRAVENOS | C/8H    | FABIAN CAMILO DORADO VELASCO     |
| 24.10.2019 | 15:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML                           | 3.00    | MG     | INTRAVENOS | C/4H    | FABIAN CAMILO DORADO VELASCO     |

|            |       |   |        |    |            |         |                              |
|------------|-------|---|--------|----|------------|---------|------------------------------|
| 24.10.2019 | 22:00 | BUPIVACAINA 0,1% + FENTANILO<br>EPIDURAL 2MCG/ML EN 100ML | 100.00 | ML | INTRAVENOS | C/8H    | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA  |
| 24.10.2019 | 23:00 | BUPIVACAINA 0,1% + FENTANILO<br>EPIDURAL 2MCG/ML EN 100ML | 100.00 | ML | INTRAVENOS | C/8H    | SEBASTIAN ESTRADA LONDOÑO    |
| 25.10.2019 | 19:00 | MORFINA JERINGA 1MG/ML X 5ML                              | 3.00   | MG | INTRAVENOS | C/4H    | MELINA MARIA RAMIREZ GARCIA  |
| 25.10.2019 | 21:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG                                      | 40.00  | MG | SUBCUTANEA | DOUNICA | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |
| 25.10.2019 | 21:00 | ENOXAPARINA 40 MG JG                                      | 40.00  | MG | SUBCUTANEA | C/24H   | JUAN MANUEL MALDONADO LOZANO |

## Epicrisis

Fecha Registro: 21.10.2019

Hora Registro: 22:52:11

Responsable: MORENO ARANGO, ISABELLA

Especialidad: MEDICINA GENERAL -

Epicrisis

Nombre : . . . . .PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Historia Clínica : . . . .0001253068

Episodio: . . . .0006734018

Documento de identificación : .CC .31484077

Edad : . . . . .39Años

Sexo: . . . . .F

Entidad: . . . . .EPS SURAMERICANA S.A.

Servicio de ingreso: . . .UE Urgencias adulto

Fecha ingreso: . . . .21.10.2019

Hora ingreso: . . . .22:47:34

Fecha egreso: . . . .25.10.2019

Medico Tratante : . . . .TORRES CALERO, MAURICIO

Especialidad: . . . .ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Dictado por: . . . .TORRES CALERO, MAURICIO

Diagnósticos de ingreso:

S821 .FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

Diagnósticos de egreso:

S821 .FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

Causa de admisión y enfermedad actual:

Paciente quien afirma hace aprox. una hora, se encontraba en calidad de conductora de motocicleta, cuando cae en un hueco, refiere portar casco, sin embargo al caer en el hueco sale eyectada hacia adelante, con trauma en cabeza, en cara, en tórax anterior, y sobre las piernas con posterior dolor y limitación funcional marcada por lo cual es traída en ambulancia del sitio del accidente.

En el momento afirma cefalea, dolor sobre labio superior y dolor intenso con limitación de ambas rodillas. Niega dolor torácico, dolor abdominal, dorsalgia o lumbalgia.

Paciente quien sufre politraumatismo en accidente de tránsito: motocicleta vs asfalto.

\* TCE leve: escala canada 2 puntos.

\* Trauma columna cervical: escala canada 1 punto.

\* Trauma cerrado de tórax y abdomen: valorado por Cx general, indican

toma de Rx de tórax, y observación de abdomen.

\* Trauma de miembros inferiores: sospecha fractura bilateral de tibias:

se indican Rx de rodillas bilateral.

\* Trauma facial: herida labio superior y fractura dental #23, se solicita valoración por Cx plástica y de manera ambulatoria por Cx

maxilofacial-odontología.

DESCRIPCION QUIRURGICA 22.10.2019:

Hallazgos:

FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES DERECHOS SVI CONMINUTA ( ESTALLIDO ARTICULAR) CON HUNDIMIENTO Y DEFECTO OSEO LATERAL , AVULSION MENISCAL LATERAL

METIDO EN FOCO DE FRACTURA, RUPTURA CAPSULO LIGAMENTARIA RETINACULAR MEDIAL Y PARCIAL DEL LIG COLATERAL MEDIAL.

FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES IZQUIERDOS SVI CONMINUTA ( ESTALLIDO ARTICULAR) CON HUNDIMIENTO Y DEFECTO OSEO CENTRAL, CONMINUCIN DE ESPINAS

TIBIALES Y CONMINUCION METAFISARIA SEVERA CON PERDIDA DE LONGITUD QUE OBLIGA A USO DE DISTRACTOR AO , RUPTURA ENB ASA DEBALDE MENISCAL LATERAL

METIDO EN FOCO DE FRACTURA, RUPTURA CAPSULO LIGAMENTARIA RETINACULAR MEDIAL Y PARCIAL DEL LIG COLATERAL MEDIAL.

ESTE TIPOO DE FRACTURA PUEDEN TENER ADICIONAL LESION LIGAMENTARIAR OCULTAS QUE A VECES REQUIEREN UN SEGUNDO TIEMPO UNA VEZ LA PARTE OSEA SE ENCUENTRE CONSOLIDADA.

LESION ARTICULAR SEVERA DE AMBAS RODILLAS EN PACIENTE CON OBESIDAD MORBIDA , DAÑO ARTICULAR SEVERO CON ALTO RIESGO DE ARTROSIS, DEFORMIDAD , RIDIDEZ, AFLOJAMIENTO, NO UNION Y COJERA COMO SECUELAS DADAS LA SEVERIDAD DEL TRAUMA DE ALTA ENERGIA. ES FRECUENTE QUE ESTE TIPO DE LESIONES REQUIERAN REEMPLAZOS ARTICULARES A FUTURO , SE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR Y FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

AYUDANTES QX DRA JULIANA HENAO DR FELIPE FONSECA

Descripción Procedimiento:

ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA SOLUPREP, CAMPOS ESTERILES FOLIODRAPE BILATERAL Y TORNQUETE NEUMATICO 2 HRS EN CADA RODILLA 300MMHG. PROCEDIMIENTO UNO RODILLA DERECHA: ABORDAJE MEDIAL DE RODILLA , DISECCION POR PLANOS EXPOSICION DEL PLATILLO TIBIAL MEDIAL , DRENAJEDE HEMATOMA,

CURETAJE OSEO , REDUCCION AIBERTA DEL PLATILLO MEDIAL , FIJACION CON 2 PLACAS DE PLATILLOS TIBIALES POSTEROMEDIAL 4H YMEDIAL EN T DE 4 H SYNTHES , SE

REALIZA ABORDAJE DE PLATILLO TIBIAL LATERAL , DRENAJE DE HEMATOMA, SE LIBERA MENISCO ROTO Y SE REPARA CON VIRYL 1-0 , LEVANTAMIENTO DE SUPERFICIE

ARTICULAR , COLOCACION DE INJERTO OSEO PLEXUR ( WEDGE) DE 15 GRADOS EN CUÑA PARA COMPLETAR DEFECTO OSEO Y EVITAR COLAPSO. FIJACION CON PLACA

ANATOMICA AV PLATILLOS TIBIAL LATERAL DE 3.5MM DE 6 H FIJACION ARTICULAR CON TORNILLO CONICO DE 3,.5MM ROSCA COMPLETA BAJO TV AP Y LAT, PREVIA

COLOCACION DE PINZA KING , FIJACION DE PLACAS CON CLAVO K 2.0MM UNO Y CLAVOS GUIADE 2.8MM DOS, FIJACION DE PLACAS CON 10 TORNILLOS CORTICALES DE

3.5MM , 5 TORNILLOS DE BLOQUEO DE 3,5MM Y 10 TORNILLOS DE BLOQUEO AV DE 3.5MM . VERIFICACION DE REDUCCION Y FIJACION CON TV AP Y LAT. LAVADO FINAL

CON SSN. REINCERSION Y SUTURA DEL MENISCO LATERAL CON VUICRYL 1-0 REINCERTANDOLO AL BORDE TIBIAL. REPARO CAPSULOLIGAMENTARIO RETINACULAR MEDIAL

Y REFUERZO COLATERAL MEDIAL CON VICRYL 1-0. SUTURA POR PLANOS, APOSITOS ESTERILES Y VENDAJE BULTOSO + INMOVILIZADOR DE RODILLA.

PROCEDIMIENTO DOS RODILLA IZQUIERDA: ABORDAJE MEDIAL DE RODILLA , DISECCION POR PLANOS EXPOSICION DEL PLATILLO TIBIAL MEDIAL , DRENAJE DE

HEMATOMA, CURETAJE OSEO , REDUCCION AIBERTA DEL PLATILLO MEDIAL , FIJACION CON 2 PLACAS DE PLATILLOS TIBIALES POSTEROMEDIAL 8H Y MEDIAL EN T DE 6 H

SYNTHES , SE REALIZA ABORDAJE DE PLATILLO TIBIAL LATERAL , DRENAJE



DE HEMATOMA, SE LIBERA MENISCO ROTO Y SE REPARA CON VIRYL 1-0 , SE COLOCA  
 DISTRACTOR AO CON 2 CLAVOS DE SCHANTZ DE 5MM LIBERANDO PLATILLO LATERAL LUXADO ,SE REALIZA LEVANTAMIENTO DE SUPERFICIE ARTICULAR , COLOCACION  
 DE AUTOINJERTO OSEO TOMADO DE LOS MISMOS FRAGMENTOS OSEO SUELTOS PARACOMPLETAR DEFECTO OSEO Y  
 EVITAR COLAPSO. FIJACION CON PLACA ANATOMICA AV PLATILLOS TIBIAL LATERAL DE 3.5MM DE 14 H ESTABILIZACION CON CLAVO K 2.0MM UNO Y CLAVOS GUIA DE 2.8MM DOS COLOCACION DE PINZA OSEA KING PARA CERRAR ARTICULACION, FIJACION DE PLACAS CON 10 TORNILLOS CORTICALES DE 3.5MM , 4 TORNILLOS DE BLOQUEO DE 3,5MM Y 9 TORNILLOS DE BLOQUEO AV DE 3.5MM . VERIFICACION DE REDUCCION Y FIJACION CON TV AP Y LAT.  
 LAVADO FINAL  
 CON SSN. REINCERSION Y SUTURA DEL MENISCO LATERAL CON VUICRYL 1-0 REINCERTANDOLO AL BORDE TIBIAL. REPARO CAPSULOLIGAMENTARIO RETINACULAR MEDIAL  
 Y REFUERZO COLATERAL MEDIAL CON VICRYL 1-0. RETIRO DE ISTRACTOR AO Y CLAVOS GUIAS , SUTURA POR PLANOS, APOSITOS ESTERILES Y VENDAJE BULTOSO + INMOVILIZADOR DE RODILLA.

EVOLUCION ORTOPEDIA 25.10.2019:  
 ORTOPEDIA - DR. TORRES  
 Paola Fernanda Lozano, 39 años

#### Diagnósticos:

- Politraumatismo accidente de tránsito:
- TCE leve
- Fractura de platillos tibiales bilateral Schatzker VI
- Fractura conminuta de metáfisis de fíbula proximal derecha.
- POP Reducción abierta + OTS de fracturas tibiales (22.10.2019)

Subjetivo: Paciente refiere aceptables condiciones generales.  
 Refiere dolor a la movilización pasiva de miembros inferiores, adecuada respuesta al manejo con analgésicos. Refiere un episodio emético el día de ayer con posterior buena tolerancia a la vía oral. No distensión, no dificultad respiratoria, dolor torácico ni palpitations.

Objetivo: Paciente en regulares condiciones generales. Sin signos de dificultad respiratoria. En compañía de su tía, Por el momento.  
 Signos vitales con T°36°C, FC 92 lpm, FR 20 cpm, T/A 91/62 mmHg, SatO2 98% con FiO2 al 21%. Heridas en boca cubiertas sin evidencia de sangrado. Extremidades inferiores con inmovilizadores de rodilla, vendaje limpio sin estigmas de sangrado. Movilidad y sensibilidad de los pies conservada. Llenado capilar <2 segundos.

#### Paraclínicos/

21.10.2019: Hto 41 Hb 12.8 Pltas 306.000 Leucos 12.650 N89% L13.8%. Hemoclasificación B+

#### Imágenes:

22.10.2019

Radiografía de rodillas: Fractura conminuta irregular, desplazada diafisaria y metafisio-epifisaria con importante desplazamiento de los platillos tibiales, especialmente el lateral. Fractura desplazada conminuta de la metáfisis de fíbula derecha.

#### TAC de miembros inferiores

Miembro inferior derecho: Fractura conminuta desplazada de la

metáfisis  
 tibial proximal que compromete el platillo tibial medial, lateral y  
 las  
 espinas tibiales, con presencia de fragmentos óseos  
 intraarticulares.  
 Fractura conminuta de la metáfisis fibular proximal. Miembro  
 inferior  
 izquierdo: Fractura con minuta y desplazada de la diáfisis y  
 metáfisis  
 tibial proximal, con extensión al platillo tibial medial, lateral y

espinas tibiales. Lipohemartrosis bilateral

23.10.2019 Radiografía de miembros inferiores: Material de  
 osteosíntesis (placas y tornillos) íntegro en adecuada posición,  
 imágenes sin signos de aflojamiento.

A/P: Paciente hospitalizada por politraumatismo en accidente de  
 tránsito en calidad de conductor de motocicleta. Evidencian fractura de  
 platillos tibiales bilateral Schatzker VI, fractura de metáfisis de  
 fíbula derecha. Es llevada el 22.10.2019 a reducción abierta de las  
 fracturas anotadas, sin complicaciones. Al día de hoy paciente con  
 buena evolución clínica, sin nueva sintomatología ni signos de SIRS.  
 Radiografía de control con material de osteosíntesis íntegro, en adecua  
 da posición, reduciendo fracturas. Paciente con adecuada evolución  
 clínica, se decide  
 continuar proceso de recuperación ambulatorio y control con  
 ortopedia en 12 días, se entrega fórmula médica, se educa sobre  
 signos de alarma para reconsultar y se dan recomendaciones. Dado el  
 compromiso de rodilla bilateral que sumado a su antecedente de obesidad,  
 impacta significativamente su funcionalidad, como consecuencia,  
 dependencia para realizar actividades básicas diarias, de cuidado  
 personal y ejercicios de rehabilitación, fue valorada por fisiatría  
 quienes soportan lo anteriormente mencionado. Por lo anterior se da  
 orden de cuidados de  
 enfermería domiciliarios 12 horas al día por 30 días. Traslado en  
 ambulancia desde FCVL hasta su domicilio e igualmente traslado desde su  
 domicilio hasta FCVL para su cita control con ortopedia en 12 días. La  
 paciente refiere entender y aceptar la conducta. Se da incapacidad  
 médica por 30 días.

Servicio a Remitir:  
 HOGAR

Recomendaciones manejo ambulatorio:  
 CITA CONTROL EN 10 DIAS  
 ANALGESIA  
 TRASLADO EN AMBULANCIA BASICA

Limitaciones Vida Diaria:  
 INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS  
 NO APOYO DE MIEMBROS INFERIORES  
 NO RETIRO DE VENDAJES

Signos de Alarma:  
 DOLOR SEVERO, FIEBRE, DIFICULTAD RESPIRATORIA, SANGRADO

"Se certifica en este documento que por los hallazgos clínicos se  
 deduce que la causa de los daños  
 sufridos por la persona fué un accidente de tránsito".

Atentamente,

DR. ISABELLA MORENO ARANGO  
 MEDICINA GENERAL  
 ID: 1144054609  
 REG: 1144054609

Fecha de egreso: . . . . 25.10.2019  
 Hora de egreso: . . . . 22:57:26  
 Servicio de Egreso: . . . UE T1 P5 hospitalizacion occid

Medicamentos NO POS prescritos/administrados:  
 | Dosis | Unid. | Via | Ciclo | Fecha Ini. |  
 Fecha Fin. | Cant. | Unid. | Nombre medicamento |

Insumos y procedimientos NO POS utilizados:  
 | Cantid. | Unid | Insumos/procedimientos |  
 | 1.000 | ST | PLEXUR 40X15MM 15° 60000215INT PLEXUR P |  
 | 2.000 | ST | PLACA VA-LCP 3.5\* TIBIA PRO REF 02.127.3 41 |  
 | 19.000 | ST | TORNILLO BLOQUEO VA 3.5 02.127.1 Depuy |  
 | 7.000 | ST | TORNILLO CORTICAL 3.5 REF 02.200 |  
 | 3.000 | ST | TORN.CORT.SD 3.5 MM L 28 REF.02.200.028 |  
 | 3.000 | ST | TORN.CORT.SD 3.5 MM L 24 REF.02.200.024 |  
 | 1.000 | ST | JERINGA TUBERCULINA 1ML JEHS003 ALFASA |  
 | 1.000 | ST | JERINGA TUBERCULINA 1ML JEHS003 ALFASA |  
 | 1.000 | ST | CIRCUITO ANES ADULTO C.BALON 2LT 2154 |  
 | 1.000 | ST | FILTRO HUMIDIFI ADULTO TWINSTAR MP01805 |  
 | 1.000 | ST | ALGODÓN LAMINADO 6X5 YDS MEDICAL SUPPLIE |

Atentamente,

DR. ISABELLA MORENO ARANGO  
 MEDICINA GENERAL  
 ID: 1144054609  
 REG: 1144054609

**PROGRAMA INTEGRAL DE CUIDADO PALIATIVO  
ÍNDICE DE BARTHEL**

FECHA

| Año  | Mes | Día |
|------|-----|-----|
| 2019 | 10  | 25  |

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| NOMBRE              | Paola Lozano |
| N° HISTORIA CLÍNICA |              |

**ÍNDICE DE BARTHEL**

| COMIDA        |  |    |
|---------------|--|----|
| 10            | Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.                     | 10 |
| 5             | Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer sólo.   |    |
| 0             | Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.   |    |
| LAVADO (BAÑO) |  |    |
| 5             | Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.                       |    |
| 0             | Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.   | 0  |
| VESTIDO       |  |    |
| 10            | Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.  |    |
| 5             | Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.  |    |
| 0             | Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.   | 0  |
| REGLO         |  |    |
| 5             | Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona. |    |
| 0             | Dependiente. Necesita alguna ayuda.  | 0  |
| DEPOSICIÓN    |  |    |
| 10            | Continente. No presenta episodios de incontinencia.  | 10 |
| 5             | Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.  |    |
| 0             | Incontinente. Más de un episodio semanal.  |    |
| MICCIÓN       |  |    |
| 10            | Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal, etc).                          | 10 |
| 5             | Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.    |    |
| 0             | Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.  |    |

## ÍNDICE DE BARTHEL

### IR AL BANO

|    |   |   |
|----|---|---|
| 10 | Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.                              |   |
| 5  | Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo. |   |
| 0  | Dependiente. Incapaz de acceder a el o de utilizarlo sin ayuda mayor.   | 0 |

### TRANSFERENCIA (TRASLADO CAMA/SILLÓN)

|    |   |   |
|----|---|---|
| 15 | Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama. |   |
| 10 | Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.   |   |
| 5  | Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.  |   |
| 0  | Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.          | 0 |

### DEAMBULACIÓN

|    |  |   |
|----|--|---|
| 15 | Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo. |   |
| 10 | Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.   |   |
| 5  | Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión.  | 5 |

### SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

|    |   |   |
|----|---|---|
| 10 | Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona. |   |
| 5  | Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.   |   |
| 0  | Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.  | 0 |

Puntuación Total:

35

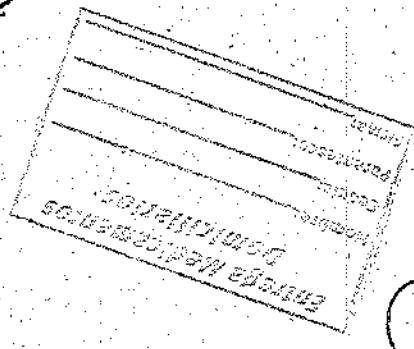
La incapacidad funcional se valora como:

|                        |                          |                             |                            |
|------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| * Severa: < 45 puntos. | * Grave: 45 - 59 puntos. | * Moderada: 60 - 80 puntos. | * Ligera: 80 - 100 puntos. |
|------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|

Enfermera

Fecha 25-oct-19 Hora 20:33:15

| Cama    | Episodio | Identificación | Nombre del paciente | Material   | Desc. medicamento    | Ciclo | Alm. | Evento     | Estado | UMB Neces | UBN | Cant Entregada | UTO |
|---------|----------|----------------|---------------------|------------|----------------------|-------|------|------------|--------|-----------|-----|----------------|-----|
| CH-521B | 0734018  | 31484077       | LOZANO, PAOLA       | 2000000154 | ENOXAPARINA 40 MG JG | C24H  | 1000 | 0036966743 | CAR    | 3         | JG  | 3              | JG  |



Paula  
31 484-077  
Paula Fok bean

154







Cali' 30/10/2019

Señores: Surra-EPB  
Presente —

Quiera suscribir señora Paola Fernanda Lotano  
con cédula de ciudadanía N° 31.484.077, con  
dirección de domicilio en la Carrera 11F-86 #  
del barrio LAS AMERICAS. Paso a comentarles  
lo siguiente:

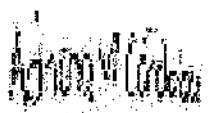
Tuve un accidente de tránsito; por lo cual me  
operaron los dos Rodillos y el brazo. Estoy  
totalmente inmovil con hospitalización  
domiciliaria. Es el caso que solicite una  
enfermera en casa como lo solicito el ortope-  
da y aún no se me ha asignado. anudad.  
a esto se solicito que se autorizara la  
cita con el ortopedista que me opero en Valle-  
del Lili (Fundación) y que no hace parte de la  
Red de Surra, pero fue quien opero y conoce el  
caso. otro punto es que necesito una ambulan-  
cia para que me traslade, ya que estoy totalmente  
inmovil y dicha ambulancia ya la solicite a Sur-  
ra se solicita respetuosamente. atte:

- 1) La enfermera en casa.
- 2) La autorización de la cita  
con el ortopedista en Funda-  
ción Valle del Lili
- 3) El servicio de Ambulancia

Paola FDA Lotano R.  
C.C.: 31.484.077  
Carrera 11F-86 #39 B/LAS  
AMERICAS  
Teléfono: 320 679 9314  
BGL-86-6) Hospital D. C. M.



## HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

|  |                                 |   |  |
|--|---------------------------------|---|--|
| <b>Paciente:</b> PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ   |                                 | <b>Identificación:</b> CC 31484077  |  |
| <b>Ocupación:</b> No disponible  |                                 | <b>Sexo:</b> Femenino   | <b>Edad:</b> 39 Años                   |
| <b>Afiliación:</b> COTIZANTE   | <b>Teléfono (1):</b> 3995910    | <b>Teléfono (2):</b> 3206799314   | <b>Plan:</b> POS                       |
| <b>Raza:</b> No Disponible   | <b>Condición:</b> No Disponible | <b>Nivel Socioeconómico:</b> No Disponible  |  |
| <b>Servicio:</b> CONSULTA CIRUJANO PLASTICO  |                                 | <b>Orden:</b> 2712-25900900   | <b>Tipo Consulta:</b> No Disponible    |
| <b>IPS Atiende:</b> CENTRO DE ESPECIALISTAS  |                                 | <b>Fecha:</b> 2019/11/08 08:09  | <b>Estado:</b> SIN IMPRIMIR (EN LINEA) |
| <b>Responsable:</b> No disponible  |                                 |   |  |
| <b>Acompañante:</b> No disponible  |                                 |   |  |
| <b>Motivo Que Origina la Consulta:</b> ENFERMEDAD GENERAL <b>Consentimiento Informado:</b> SI  |                                 |   |  |
| MC: CICATRIZ EN CARA EA: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO CON TRAUMA FACIAL HERIDA COMPLEJA EN CARA OCTUBRE 22 2019, , REQUIRIO MANEJO EN CIRUGIA RECONSTRUCCION LABIO EN FUNDACION VALLE LILI , CONSULTA POR CICATRIZ, ACTUALMENTE MANEJO CON VASELINA   |                                 |   |  |
| <b>Revisión Sistemas :</b> Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :   |                                 |   |  |
| <b>Signos Vitales:</b> Descripción: BUENAS CONDICIONES GENEREALES CON CICATRIZ EN PROCESO DE MADURACION CON TENDENCIA HIPERTROFICA EN REGION INFERIOR , NO SIGNOS DE INFECCION <b>Pulso:</b> 80/min Rítmico <b>Examen Físico :</b> Cabeza Cuello OS : no evaluado <b>Cardiorespiratorio :</b> no evaluado <b>Gastrointestinal :</b> no evaluado <b>GenitoUrinario :</b> no evaluado <b>Osteomuscular :</b> no evaluado <b>Neurológico :</b> no evaluado <b>Hematopoyetico Físico :</b> no evaluado <b>Piel y Faneras :</b> no evaluado |                                 |   |  |
| <b>Dx:</b> S018 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA. Impresión diagnóstica   |                                 |   |  |
| <b>Profesional:</b> ADRIANA MILENA CORDOBA CASTRILLON<br>CC 34373535   |                                 | <br>I40773535F191108I31483437 |  |
| <u>Antecedentes Familiares</u><br><u>Antecedentes Personales</u><br><u>Antecedentes Laborales</u>  |                                 | <b>Documentos Generados Para Esta Orden:</b><br><u>Contrarremisión</u>  |  |



The first part of the report discusses the current state of the world economy and the challenges it faces. It highlights the impact of the global financial crisis and the need for coordinated international action to address the economic downturn. The report also examines the role of the International Monetary Fund (IMF) in providing financial assistance and technical support to member countries.

The second part of the report focuses on the social and environmental challenges facing the world. It discusses the impact of climate change, the growing inequality between rich and poor countries, and the need for sustainable development. The report also examines the role of the United Nations in promoting social and environmental progress.

The third part of the report discusses the challenges facing the world in the area of security and peace. It examines the impact of terrorism, the need for international cooperation in maintaining peace, and the role of the United Nations in promoting security.

The report concludes by emphasizing the need for a new global framework to address the challenges facing the world. It calls for a more coordinated and effective international system to promote economic, social, and environmental progress.

10

10



Información básica del paciente y la atención

|                               |                    |           |                             |                     |                   |          |
|-------------------------------|--------------------|-----------|-----------------------------|---------------------|-------------------|----------|
| Paola Fernanda Lozano Ramirez |                    |           | Plan:                       | POS                 |                   |          |
|                               |                    |           | Identificación              | Fecha de nacimiento | Edad              | Sexo     |
|                               |                    |           | CC31484077                  | 17-09-1980          | 39 años (Adultez) | Femenino |
| Tipo de afiliación            | Departamento       | Municipio | Dirección                   |                     |                   |          |
| POS                           | VALLE DEL CAUCA    | CALI      | CR 11 F 38-86               |                     |                   |          |
| Teléfono fijo                 | Otro teléfono fijo |           | Correo electrónico          |                     |                   |          |
| 3186195578                    | 3206799314         |           | gempresarialessas@gmail.com |                     |                   |          |
| Estado civil                  | Ocupación          |           |                             |                     |                   |          |
| Casado                        | Independiente      |           |                             |                     |                   |          |

|                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| Datos del acompañante  |                    |
| Nombre acompañante     | JUAN EDUARDO TORRE |
| Teléfono acompañante   | 3206799314         |
| Parentesco acompañante | Cónyuge            |

Motivo de Consulta

Paciente remitido de SALUD EN CASA CALI por el profesional DIEGO ALEJANDRO PACHON CARDENAS PARA VALORACION DE INGRESO A CRONICOS PACIENTE QUE RESIDE EN CALLE 39 # 11F - 04

Enfermedad actual

Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 39 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE 1. ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 21 OCTUBRE EN MOTO CALIDAD CONDUCTORA CON POSTERIOR TRAUMA QUE GENERA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL ( ESTALLIDO ARTICULAR ) CON HUNDIMIENTO Y DEFECTO OSEO LATERAL A QUIEN SE REALIZO POP DE REDUCCION ABIERTA + OTS DE RACTURAS TIBIALES ( 22 OCT 2019 ) 2. LIPEDEMA LINFEDEMA BILATERAL EN MIEMBROS INFERIORES EN MANEJO FARMACOLOGICO CON DIOSMINA 1 AL DIA QUIRURGICOS VARICOSAFENECTOMIA OSTEOSINTESIS DE HUMERO ALERGICOS NIEGA FAMILIARES NIEGA QIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN COMPANIA DE ESPOSO Y MADRE QUIEN SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL CON BUEN CONTROL DE DOLOR BUEN CONTROL DE SINTOMAS PERO SE ENCUENTRA CON ESTADO DE POSTRACION FRANCO REQUIERE DE TERCEROS PARA TODAS SUS NECESIDADES BASICAS TALES COMO BAÑO EN CAMA USO DE PATO CAMBOS DE POSICION VESTIRSE ALIMENTARSE PERMANECE TODO EL TIEMPO ACOSTADA POR INMOVILIZACION DE MIEMBROS INFERIORES. SUS SINTOMAS SE ENCUENTRAN CONTROLADOS

Revisión por Sistemas

NIEGA FIEBRE NIEGA EMESIS REFIERE ADECUADA TOLERANCIA DE LA VIA ORAL NIEGA DISNEA NIEGA DOLOR TORACICO NIEGA DOLOR ABDOMINAL DIURESIS Y DEPOSICION PSOTIVA SIN ALTERACION ADECUADO PATORN DE SUEÑO

Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Diabetes Mellitus                | No       | Trastorno de la Coagulación    | No       |
| Hipertensión Arterial            | No       | Cáncer                         | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       | VIH                            | No       |
| Insuficiencia Renal Crónica      | No       | Enfermedad Tiroides            | No       |
| Asma                             | No       | Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Epic                             | No       | Trastorno Psiquiátrico         | No       |
| Epilepsia                        | No       |                                |          |

Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

Antecedentes Quirúrgicos

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

relata procedimientos

### Antecedentes ginecobstétricos

Embarazos 11 año(s) FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

### Formación de embarazos previos

Número de embarazos previos

0

Observaciones ginecobstétricas FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

### Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 155 cm

Signos Vitales Frecuencia cardíaca: 70 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 86.67

Signos vitales Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 97 %

Estado general del paciente BUEN ESTADO GENERAL

Cabeza y Cuello NORMOCONFIGURADO MUCOSA ORAL HUMEDA CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS ESCLERAS ANICTERICAS CUELLO MOVIL NO MASAS NO ADENOPATIAS SIN OTRAS ALTERACIONES

Tórax TÓRAX NORMOCONFIGURADO RSCS RÍTMICOS SIN SOPLOS BUENA TONALIDAD NO SOPLOS RSRs MURMULLO VESICULAR CONSERVADO NO AGREGADOS PULMONARES

Abdomen ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS NO DOLOR A LA PALPACIÓN NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL RUIDOS INTESTINALES PRESENTES

Genitourinario SIN ALTERACIÓN SINDROME VECAL A CYSTOFLO CON ORINA CLARA NO FETIDA

Miembros EXTREMIDADES EUTROFICAS SIMÉTRICAS FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA CON INMOVILIZACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES DESDE PIE HASTA MUSLO BILATERAL NO EDEMAS NO MASAS NO LESIONES EN

Capilar LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG SIN ALTERACIÓN

Neurológicos ALERTA CONCIENTE ORIENTADA

### Análisis y plan

Antecedentes de análisis y plan: PACIENTE DE 39 AÑOS QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO EN OCTUBRE QUIEN REQUIRIO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN FUNDACIÓN VALLE DEL LILI EL DIA DE HOY EN BUEN

Estado GENERAL ESTABLE AFEBRIL HIDRATADA TOLERANDO LA VÍA ORAL QUIEN NO PRESENTA COMORBILIDADES DE IMPORTANCIA QUIEN EN EL MOMENTO POR CIRUGIA RECIENTE E INMOVILIZACIÓN TOTAL DE

MIEMBROS INFERIORES REQUIERE DE TERCEROS PARA TODAS SUS NECESIDADES BÁSICAS TALES COMO ALIMENTARSE ASEARSE CAMBIOS DE POSICIÓN VESTIRSE ALIMENTARSE ENTRE OTROS PERMANECE TODO EL DIA

OSTADA INMOVILIZADA, SOLO SE PUEDE TRASLADAR EN AMBULANCIAS AL EXTERIOR DEL DOMICILIO. ES REMITIDA AL PROGRAMA DE CRÓNICOS EN DONDE SE SOLICITA SERVICIO DE ENFERMERÍA Y ESTA ES LA " POSIBLE

CAUSA DE LA REMISIÓN " SE EXPLICA QUE EL PROGRAMA DE CRÓNICOS DOMICILIARIO NO CUENTA CON ESTE SERVICIO. ADEMÁS SE EXPLICA QUE ES UNA PACIENTE QUE NO CUMPLE CON CRITERIO DE CRÓNICOS YA QUE ES

LA PACIENTE POTENCIALMENTE REHABILITABLE QUE DEBE CONTINUAR ASISTIENDO A SUS CONTROLES CON ORTOPEDIA ADEMÁS DE MÁS ADELANTE ASISTENCIA A SUS TERAPIAS AMBULATORIAS ADEMÁS NO TIENE

TOLOGÍAS CRÓNICAS IMPORTANTES QUE REQUIERAN DE SEGUIMIENTO POR LO CUAL NO SE INGRESA AL PROGRAMA DE CRÓNICOS SE EXPLICA QUE DEBE CONTINUAR ASISTIENDO A SUS CONTROLES EN IPS REFIERE

ENTENDER Y ACEPTAR SE CIERRA EVENTO POR SALUD EN CASA

| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico |
|---|---------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido |

### Recomendaciones

Recomendaciones: NO INGRESA A CRÓNICOS SE CIERRA EVENTO POR SALUD EN CASA

### Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

### Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas





Salud En Casa Cali (83)  
Ingreso permanentes domiciliario  
Fecha de la atención 08/11/2019 12:09



Remisión

Recomendaciones

NO INGRESA A CRONICOS SE CIERRA EVENTO POR SALUD EN CASA

Información del profesional


JOHANNA ALEXANDRA CORREDOR CUELLAR

CC 1010193775 MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA Registro 1010193775

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation. The names are listed in alphabetical order, and each name is followed by the position to which he or she has been appointed.

2. The second part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation. The names are listed in alphabetical order, and each name is followed by the position to which he or she has been appointed.

3. The third part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation. The names are listed in alphabetical order, and each name is followed by the position to which he or she has been appointed.

|  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)   |                          |   |
| Paciente: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  |                          | Identificación: CC 31484077   |
| Ocupación: No disponible   | Sexo: Femenino           | Edad: 39 Años   |
| Afiliación: COTIZANTE  | Teléfono (1): 3995910    | Teléfono (2): 3206799314  |
| Raza: No Disponible  | Condición: No Disponible | Nivel Socioeconómico: No Disponible   |
| Plan:: POS   |                          |   |
| Servicio: CONSULTA CIRUJANO PLASTICO   | Orden: 2712-25900900     | Tipo Consulta: No Disponible  |
| IPS Atiende: CENTRO DE ESPECIALISTAS   | Fecha: 2019/11/08 08:09  | Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)   |
| Responsable: No disponible   |                          |   |
| Acompañante: No disponible   |                          |   |
| Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL Consentimiento Informado: SI  |                          |   |
| MC: CICATRIZ EN CARA EA: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO CON TRAUMA FACIAL HERIDA COMPLEJA EN CARA OCTUBRE 22 2019, , REQUIRIO MANEJO EN CIRUGIA RECONSTRUCCION LABIO EN FUNDACION VALLE LILI , CONSULTA POR CICATRIZ, ACTUALMENTE MANEJO CON VASELINA   |                          |   |
| Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :  |                          |   |
| Signos Vitales: Descripción: BUENAS CONDICIONES GENEREALES CON CICATRIZ EN PROCESO DE MADURACION CON TENDENCIA HIPERTROFICA EN REGION INFERIOR , NO SIGNOS DE INFECCION Pulso: 80/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : no evaluado Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Físico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado |                          |   |
| Dx: S018 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA. Impresión diagnóstica  |                          |   |
| Profesional: ADRIANA MILENA CORDOBA CASTRILLON<br>CC 34373535                      Registro: 274245  |                          | <br>I40773535F191108131483437 |
| <u>Antecedentes Familiares</u><br><u>Antecedentes Personales</u><br><u>Antecedentes Laborales</u>  |                          | Documentos Generados Para Esta Orden:<br><u>Contrarremisión</u>   |



1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that proper record-keeping is essential for the integrity of the financial system and for the ability to detect and prevent fraud. The document also notes that accurate records are necessary for the preparation of financial statements and for the calculation of taxes.

2. The second part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that proper record-keeping is essential for the integrity of the financial system and for the ability to detect and prevent fraud. The document also notes that accurate records are necessary for the preparation of financial statements and for the calculation of taxes.

3. The third part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that proper record-keeping is essential for the integrity of the financial system and for the ability to detect and prevent fraud. The document also notes that accurate records are necessary for the preparation of financial statements and for the calculation of taxes.

4. The fourth part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that proper record-keeping is essential for the integrity of the financial system and for the ability to detect and prevent fraud. The document also notes that accurate records are necessary for the preparation of financial statements and for the calculation of taxes.

5. The fifth part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that proper record-keeping is essential for the integrity of the financial system and for the ability to detect and prevent fraud. The document also notes that accurate records are necessary for the preparation of financial statements and for the calculation of taxes.

6. The sixth part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that proper record-keeping is essential for the integrity of the financial system and for the ability to detect and prevent fraud. The document also notes that accurate records are necessary for the preparation of financial statements and for the calculation of taxes.

7. The seventh part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that proper record-keeping is essential for the integrity of the financial system and for the ability to detect and prevent fraud. The document also notes that accurate records are necessary for the preparation of financial statements and for the calculation of taxes.

Información básica del paciente y la atención

Plan

POS

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Identificación  
CC 31484077

Fecha de nacimiento  
17-09-1980

Edad  
39 años (Adulthood)

Sexo  
Femenino

Punto de afiliación  
OS

Teléfono fijo

186195578

Estado civil

Casado

Departamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
Independiente

Municipio  
CALI

Dirección  
CR 11 F 38-85  
Correo electrónico  
gempresariassas@gmail.com

Personas del acompañante

Nombre acompañante

JUAN EDUARDO TORRE

Teléfono acompañante

3206799314

Parentesco acompañante

Cónyuge

Tipo de Consulta

Paciente remitido de SALUD EN CASA CALI por el profesional DIEGO ALEJANDRO PACHON CARDENAS PARA VALORACION DE INGRESO A CRONICOS PACIENTE QUE RESIDE EN CALLE 39 # 11F - 04

Enfermedad actual

Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 39 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE 1. ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 21 OCTUBRE EN MOTO CALIDAD CONDUCTORA CON POSTERIOR TRAUMA QUE GENERA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL ( ESTALLIDO ARTICULAR ) CON HUNDIMIENTO Y DEFECTO OSEO LATERAL A QUIEN SE REALIZO POP DE REDUCCION ABIERTA + OTS DE RACTURAS TIBIALES ( 22 OCT 2019 ) 2. LIPEDEMA UNFEDEMA BILATERAL EN MIEMBROS INFERIORES EN MANEJO FARMACOLOGICO CON DIOSMINA 1 AL DIA QUIRURGICOS VARICOSAFENECTOMIA OSTEOSINTESIS DE HUMERO ALERGICOS NIEGA FAMILIARES NIEGA QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN COMPANIA DE ESPOSO Y MADRE QUIEN SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL CON BUEN CONTROL DE DOLOR BUEN CONTROL DE SINTOMAS PERO SE ENCUENTRA CON ESTADO DE POSTRACION FRANCO REQUIERE DE TERCEROS PARA TODAS SUS NECESIDADES BASICAS TALES COMO BAÑO EN CAMA USO DE PATO CAMBOS DE POSICION VESTIRSE ALIMENTARSE PERMANECE TODO EL TIEMPO ACOSTADA POR INMOVILIZACION DE MIEMBROS INFERIORES. SUS SINTOMAS SE ENCUENTRAN CONTROLADOS

Examen por Sistemas

GA FIEBRE NIEGA EMESIS REFIERE ADECUADA TOLERANCIA DE LA VIA ORAL NIEGA DISNEA NIEGA DOLOR TORACICO NIEGA DOLOR ABDOMINAL DIURESIS Y DEPOSICION PSOTIVA SIN ALTERACION ADECUADO PATORN DE

EN

Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Diabetes Mellitus                | No       | Trastorno de la Coagulación    | No       |
| Hipertensión Arterial            | No       | Cáncer                         | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       | VIH                            | No       |
| Insuficiencia Renal Crónica      | No       | Enfermedad Tiroidea            | No       |
| Asma                             | No       | Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Obesidad                         | No       | Trastorno Psiquiátrico         | No       |
| Epilepsia                        | No       |                                |          |

Antecedentes Alérgicos

Relata alergias

Antecedentes Quirúrgicos

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

lo relata procedimientos

Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años 11 año(s) PUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

Observaciones ginecobstétricas FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 155 cm

Signos Vitales Frecuencia cardíaca: 70 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 86.67

Otros signos vitales Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 97 %

Estado general del paciente BUEN ESTADO GENERAL

Cabeza y Cuello NORMOCONFIGURADO MUCOSA ORAL HUMEDA CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS ESCLERAS ANICTERICAS CUELLO MOVIL NO MASAS NO ADENOPATIAS SIN OTRAS ALTERACIONES

Tórax TORAX NORMOCONFIGURADO RSCS RITMICOS SIN SOPLOS BUENA TONALIDAD NO SOPLOS RSRs MURMULLO VESICULAR CONSERVADO NO AGREGADOS PULMONARES

Gastrointestinal ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS NO DOLOR A LA PALPACION NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL RUIDOS INTESTINALES PRESENTES

Genitourinario SIN ALTERACION SINDA VEICAL A CYSTOFLO CON ORINA CLARA NO FETIDA

Esquelético EXTREMIDADES EUTROFICAS SIMETRICAS FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA CON INMOVILIZACION DE MIEMBROS INFERIORES DESDE PIE HASTA MUSLO BILATERAL NO EDEMAS NO MASAS NO LESIONES EN

EL LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG SIN ALTERACION

Neurológicos ALERTA CONCIENTE ORIENTADA

Análisis y plan

Notas de análisis y plan: PACIENTE DE 39 AÑOS QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO EN OCTUBRE QUIEN REQUIRIO DE INTERVENCION QUIRURGICA EN FUNDACION VALLE DEL LILI EL DIA DE HOY EN BUEN  
TAO D GENERAL ESTABLE AFEBRIL HIDRATADA TOLERANDO LA VIA ORAL QUIEN NO PRESENTA COMORBILIDADES DE IMPORTANCIA, QUIEN EN EL MOMENTO POR CIRUGIA RECIENTE E INMOVILIZACION TOTAL DE  
MIEMBROS INFERIORES REQUIERE DE TERCEROS PARA TODAS SUS NECESIDADES BASICAS TALES COMO ALIMENTARSE ASEARSE CAMBIOS DE POSICION VESTIRSE ALIMENTARSE ENTRE OTROS PERMANECE TODO EL DIA  
COSTADA INMOVILIZADA, SOLO SE PUEDE TRASLADAR EN AMBULANCIAS AL EXTERIOR DEL DOMICILIO. ES REMITIDA AL PROGRAMA DE CRONICOS EN DONDE SE SOLICITA SERVICIO DE ENFERMERIA Y ESTA ES LA " POSIBLE  
CAUSA DE LA REMISION " SE EXPLICA QUE EL PROGRAMA DE CRONICS DOMICILIARIO NO CUENTA CON ESTE SERVICIO. ADEMAS SE EXPLICA QUE ES UNA PACIENTE QUE NO CUMPLE CON CRITERIO DE CRONICOS YA QUE ES  
UNA PACIENTE POTENCIALMENTE REHABILITABLE QUE DEBE CONTINUAR ASISTIENDO A SUS CONTROLES CON ORTOPEdia ADEMAS DE MAS ADELANTE ASISTENCIA A SUS TERAPIAS AMBULATORIAS ADEMAS NO TIENWE  
ATOLOGIAS CRNICAS IMPORTANTES QUE REQUIERAN DE SEGUIMIENTO POR LO CUAL NO SE INGRESA AL PROGRAMA DE CRNICOS SE EXPLICA QUE DEBE CONTINUAR ASISTIENDO A SUS CONTROLES EN IPS REFIERE  
NTENDER Y ACEOTAR SE CIERRA EVENTO POR SALUD EN CASA

| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico |
|---|---------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido |

Recomendaciones

Recomendaciones: NO INGRESA A CRONICOS SE CIERRA EVENTO POR SALUD EN CASA

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas



100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

Salud En Casa Cali (83)  
Ingreso permanentes domiciliario  
Fecha de la atención 08/11/2019 12:09



misión

comendaciones

NO INGRESA A CRONICOS SE CIERRA EVENTO POR SALUD EN CASA

Información del profesional

DHANNA ALEXANDRA CORREDOR CUELLAR

C 1010193775

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 1010193775





DATOS BÁSICOS DEL PACIENTE

|   |                                    |  |  |
|---|------------------------------------|--|--|
| Número de remisión                                  | 342767                             | Estado                                   | Pendiente completar Fur                |
| Identificación paciente                             | CC 31484077                        | Tipo de asegurador                       | EPS MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA SA |
| Plan de salud                                       | POS                                | Fecha nacimiento                         | 1980/09/17                             |
| Nombres y apellidos del paciente                    | PAOLA FERNANDO LOZANO RAMIREZ      | Sexo                                     | Femenino                               |
| Edad  | 39 años                            | Ocupación                                | No registrada                          |
| Estado civil  |                                    | Fecha límite de cobertura                | 30/01/2020                             |
| Estado de suspensión                                | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL | IPS básica asignada                      | IPS COLSUBSIDIO NORTE                  |
| Código de autorización                              |                                    | Nivel de ingreso                         | A (BAJA)                               |
| ¿El paciente tiene cobertura de la hospitalización? | SI                                 | Teléfono de contacto de la IPS remitente |  |
| Tipo de afiliación                                  | COTIZANTE                          | E-mail médico que remite                 |  |
| Lugar de Atención                                   | IPS COLSUBSIDIO NORTE              |  |  |
| Institución que remite                              |                                    |  |  |

DATOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE

|                    |                    |                    |      |
|--------------------|--------------------|--------------------|------|
| Ciudad principal   | CALI               | Municipio          | CALI |
| Dirección atención | CARRERA 11 F 86-38 | Dirección estándar |      |
| Barrio             | LAS AMERICAS       |                    |      |

DIAGNÓSTICOS

| Código | Nombre                                       |
|--------|--|
| S821   | FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA |

CONDICIONES DE INGRESO

|   |    |
|---|----|
| 1. ¿El paciente acepta voluntariamente la atención por Salud en Casa? | SI |
| 2. ¿Cuenta con agua potable, luz eléctrica, nevera y baño?            | SI |

FECHA DE ATENCIÓN

|                  |  |
|------------------|--|
| Fecha solicitada |  |
|------------------|--|

| AUTORIZACIÓN                           |                              |
|--|------------------------------|
| ¿Autorizar?                            |                              |
| Motivo de no autorización/autorización |                              |
| Otro ¿Cuál?                            |                              |
| Fecha de autorización/no autorización  | Fecha programada de atención |

FORMATO ÚNICO DE REGISTRO

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PACIENTE

|                                     |                     |   |            |                                   |            |
|-------------------------------------|---------------------|---|------------|-----------------------------------|------------|
| Fecha de la remisión                | 2019/10/26 13:16    | No. de teléfono donde se visitará al paciente | 3017502185 | No. adicional (puede ser celular) | 3017502185 |
| Nombre del cuidador del paciente    | JUAN EDUARDO TORRES | Teléfono                                      |            |                                   |            |
| Nombre del responsable del paciente | JUAN EDUARDO TORRES | Teléfono                                      |            |                                   |            |
| Parentesco                          |                     | Pasa Baba (gr)                                |            |                                   |            |

DATOS DE REMISIÓN

|   |   |                              |                  |
|---|---|------------------------------|------------------|
| Identificación del médico                         | CC 1744169070   | Especialidad                 | MEDICINA GENERAL |
| Nombre del médico que remite                      | SABRINA LERMA PAYAN   | Otro, ¿Cuál?                 |                  |
| Origen de la remisión                             |   |                              |                  |
| Resumen de la historia clínica                    | PACIENTE HOSPITALIZADA POR POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO CALIDAD CONDUCTOR DE MOTOCICLETA - FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL - FRACTURA DE METAFISIS FIBULA DERECHA - LLEVADA EL 22 OCT 2019 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS AOTADAS - SIN COMPLICACIONES - VALORADA POR ORTOPEDIA QUIEN INDICO INCAPACIDAD MEDICA CONTROL A LOS 12 DIAS - Y ORDEN DE CUIDADOS POR ENFERMERIA DOMICILIARIOS CADA 12 HORAS AL DIA POR 30 DIAS - ORDEN MEDICA DE MEDICO CLINICA VALLE DE LILI DRA MARIA VICTORIA LOPEZ TRUJILLO |                              |                  |
| Observaciones                                     | PACIENTE HOSPITALIZADA POR POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO CALIDAD CONDUCTOR DE MOTOCICLETA - FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL - FRACTURA DE METAFISIS FIBULA DERECHA - LLEVADA EL 22 OCT 2019 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS AOTADAS - SIN COMPLICACIONES - VALORADA POR ORTOPEDIA QUIEN INDICO INCAPACIDAD MEDICA CONTROL A LOS 12 DIAS - Y ORDEN DE CUIDADOS POR ENFERMERIA DOMICILIARIOS CADA 12 HORAS AL DIA POR 30 DIAS - ORDEN MEDICA DE MEDICO CLINICA VALLE DE LILI DRA MARIA VICTORIA LOPEZ TRUJILLO |                              |                  |
| Fecha de salida del paciente de la IPS que remite |   |                              |                  |
| ¿Se requiere ambulancia para traslado?            | No  | Fecha servicio de ambulancia |                  |

INFORMACIÓN DEL PLAN DE MANEJO

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Tipo de procedimientos     |  |
| Otro                       |  |
| Atención domiciliar frágil |  |





# OTROS TRATAMIENTOS

| Descripción                                      | Frecuencia | Duración (días) | Inicio |
|--|------------|-----------------|--------|
| CUIDADOS DE ENFERMERIA CADA 12 HORAS POR 30 DIAS | 12 HORAS   | 30              |        |

|   |     |
|---|-----|
| ¿El paciente por sus condiciones clínicas requiere empalme por salud en casa antes de su egreso (Aplica para IPS Hospitalaria)? | SI- |
| ¿El paciente requiere y acepta ser atendido en el Centro de Estadía Temporal (CET)?   | SI- |
| ¿Se tiene la aprobación de CTC, en caso de ser requerido?   | SI- |

6.

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

2. The second part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

3. The third part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

4. The fourth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

5. The fifth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

6. The sixth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

7. The seventh part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

8. The eighth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

9. The ninth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

10. The tenth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.



CLÍNICA DE OCCIDENTE  
(Cada día mejor)

## EPICRISIS

|   |  |  |                            |
|---|--|--|----------------------------|
| PACIENTE: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ             |  | IDENTIFICACION: CC 31484077                | HC: 31484077 - CC          |
| FECHA DE NACIMIENTO:<br>17/9/1980                   | EDAD: 39 Años                          | SEXO: F                                    | TIPO AFILIADOXD: Cotizante |
| ESTADO CIVIL: Unión Libre                           |  | OCUPACION: OTROS OFICINISTAS               |                            |
| RESIDENCIA: CRA 11F NO 38-86 B/ TRONCAL             | VALLE DEL CAUCA-CALI                   | TELEFONO:<br>3935410-3206979314-3226075912 |                            |
| NOMBRE ACOMPAÑANTE:                                 | PARENTESCO:                            | TELEFONO:                                  |                            |
| FECHA INGRESO: 2/12/2019 - 23:18:16                 | FECHA EGRESO:                          | CAMA: SALA97                               |                            |
| DEPARTAMENTO: 021501 - URGENCIAS                    | SERVICIO: URGENCIAS                    |  |                            |
| CLIENTE: EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. | PLAN: REDES RESPONSABLES EPS SURA 2019 |  |                            |

### DATOS DEL INGRESO

- MOTIVO CONSULTA  
"REMITIDA"
- ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL  
PACIENTE QUIEN MANIFIESTA ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 21-10-19 EN CONDICIÓN DE CONDUCTORA DE MOTO PRESENTA VOLCAMIENTO CON TRAUMAS MÚLTIPLES, CONSULTA A FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, REALIZAN IMAGENES CON EVIDENCIA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERALES Y DE FIBULA PROXIMAL DERECHA, ES LLEVADA A PROCEDIMIENTO QX EL 22-10-19 RA+OTS DE FRACTURAS DESCRITAS. MANIFIESTA CUADRO CLÍNICO DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DESHICENCIA DE SUTURA DE HERIDA EN PIERNA IZQUIERDA, VENIA EN MANEJO CON CURACIONES EN CASA. ASISTE EL DÍA DE HOY A CONSULTA PARTICULAR CON ORTOPEDISTA, REMITE A URGENCIAS DE FVL, VALORADA POR ORTOPEDIA, DESCRIBEN EN HISTORIA DE REMISIÓN PACIENTE CON ALTO RIESGO DE INFECCIÓN Y EXPOSICIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS QUE REQUIERE MANEJO QUIRÚRGICO CON COLGAJO COMPUESTO, PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO POR EPS EN PERIFERIA POR LO CUAL REMITEN. PACIENTE NIEGA FIEBRE O SALIDA DE MATERIAL PURULENTO POR HERIDA. PARACLINICOS DE PERIFERIA: HEMOGRAMA: LEUCOCITOS 8140, N 68.5%, L 23.7%, HB 12.4, HTO 40.5%, PLT 342.000 BUN 8.6, CR 0.55 PCR 0.71 (REF 0-0.5).
- ANTECEDENTES PERSONALES  
PATOLOGICOS  
DIABETES MELLITUS : No - NIEGA  
OTRAS ALERGIAS : No - NIEGA, Si - NIEGA  
OTRAS ENFERMEDADES : Si - LINFEDEMA/LIPEDEMA  
QUIRURGICOS  
QUIRURGICOS : Si - VARICECTOMIA, Si - SAFENECTOMIA, RA+OTS FRACTURA PLATILLOS TIBIALES BILATERAL Y FX FIBULA DER  
ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS  
ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS : No - NO TOMA MEDICAMENTOS  
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS  
FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION(FUM) : Si - 6 DE NOVIEMBRE -2016, Si - 22-11-19  
PARIDAD(GESTAS, PARTOS, CESAREAS, ABORTOS, MORTINATOS.... GEMELARES...): Si - G2P2  
PLANIFICACION FAMILIAR (DESCRIBA METODO, TIEMPO USO, REACCIONES ADVERSAS SI LAS HA TENIDO) : Si - DIU
- EXAMEN FISICO  
OSTEOMUSCULAR : ANORMAL  
GASTROINTESTINAL : NORMAL  
RESPIRATORIO : NORMAL  
CARDIOVASCULAR : NORMAL  
ESTADO GENERAL : NORMAL  
NEUROLOGICO : NORMAL  
HALLAZGOS: O: ALERTA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIGNOS VITALES TA 120/74 MMHG, FC 89 LPM, FR 16 RPM, SO2 98% C/C: CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA SIN LESIONES. CUELLO MOVIL SIN MASAS C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO AUSCULTO SOPLOS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE, NO AUSCULTO SOBREAGREGADOS ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL EXT: DEHISCENCIA HERIDA QX PIERNA IZQ APROX 5CM, NO SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, NO ERITEMA, NO





CALOR NI RUBOR. PIERNA DERECHA CICATRIZ HERIDA QX, NO CAMBIOS INFLAMATORIOS NI DEHISCENCIA SUTURASE  
ENCUENTRA CON INMOVILIZADOR DE RODILLAS BILATERAL SNC: G 15/15 NO FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA

■ APOYOS DIAGNÓSTICOS

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS, INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN  
INFECTOLOGÍA, INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, CULTIVO PARA MICROORGANISMOS  
EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA ÓSEA ORINA Y HECEs, TIEMPO DE PROTROMBINA [TP], TIEMPO DE  
TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP], ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA,  
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA  
RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, PROTEÍNA  
C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO

■ DIAGNÓSTICOS DE INGRESO

|        |   |
|--------|---|
| CODIGO | DIAGNOSTICO                                 |
| Z988   | OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS |
| S822   | FRACTURA DE LA DÍFISIS DE LA TIBIA          |

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| TIPO DIAGNOSTICO      | PRIMARIO |
| CONFIRMADO REPETIDO   | P        |
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICA |          |

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

■ RESUMEN DE LA ATENCIÓN

PACIENTE ADULTO DE 39 AÑOS QUE SE INGRESÓ REMITIDA DESDE FVL PARA MANEJO DE DEHISCENCIA DE SUTURA EN MII, QUE  
YA FUE VALORADO POR ORTOPEDIA QUE CONSIDERA QUE NO REQUIERE MANEJO POR SU ESPECIALIDAD, Y SUGIERE  
VALORACIÓN POR INFECTOLOGÍA Y TEO. YA INFECTOLOGÍA LO VALORA Y CONSIDERA PERTINENTE EL CONCEPTO DE TEO PARA  
EN EL CASO DE QUE EXISTA SECRECIÓN TOMAR CULTIVOS Y ASÍ DETERMINAR LA TERAPIA ATB. NO TIENE SECRECIÓN Y TEO DE  
TODAS FORMAS TOMA MUESTRA PARA CULTIVO CONFIRMATORIO, Y SE DEJO EN TRÁMITE DE HOME CARE, QUE YA FUE  
AUTORIZADO PARA SEGUIR EN CONTROL DE TEO CURACIONES DOS VECES A LA SEMANA (TOTAL 8 AL MES) Y SEGUIMIENTO  
POR LA CONSULTA EXTERNA.

■ MEDICAMENTOS

CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA PVC ATÓXICO POR 100ML

DATOS DEL EGRESO

■ INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES DEL EGRESO HOSPITALARIO

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA: FIEBRE. INSTRUCCIONES RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE SALUD: NO FUMAR, NO LICOR.  
DIETA: NORMAL, BAJA EN SAL, BAJA EN GRASAS. USTED DEBE DE SOLICITAR CITA EN SU EPS EN EL PROGRAMA DE: OTROS.  
CUAL: HOME CARE

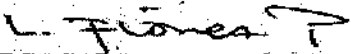
■ DIAGNÓSTICOS DE EGRESO

|        |   |
|--------|---|
| CODIGO | DIAGNOSTICO                                 |
| S822   | FRACTURA DE LA DÍFISIS DE LA TIBIA          |
| Z988   | OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS |

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| TIPO DIAGNOSTICO      | PRIMARIO |
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICA | P        |
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICA |          |

■ CAUSA DE SALIDA

TIPO CAUSA: ORDEN MÉDICA

  
**LEONARDO FLOREZ P.**  
Médico General  
R.M. 19-2604  
UNI-LIBRE

PROFESIONAL: FLOREZ PALOMINO LEONARDO

CC - 94401074 - T.P. 19-2604


ESPECIALIDAD - MÉDICO GENERAL

Imprimió: FLOREZ PALOMINO LEONARDO - FLO11723

Fecha Impresión: 2019/12/3 - 18:10:10

03/12/2019 06:21 p.m.



|  |                  |  |                   |
|--|------------------|--|-------------------|
|  <b>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI</b><br><i>Excelencia en Salud al servicio de la comunidad</i> |                  | <b>Orden Clínica: 13850364</b>           |                   |
| Fecha: 08.NOV.2019   | Hora: 14:32:10   | Prioridad: Electiva                      |                   |
| Nombre: PAOLA FERNANDA   |                  | Fecha nacimiento: 17.SEP.1980            |                   |
| Apellidos: LOZANO RAMIREZ  |                  | Edad: 39 Años                            |                   |
| Tipo Doc: CC 31484077  | Género: Femenino | Paciente No: 1253068                     | Episodio: 6783757 |
| Habitación:  | Cama:            | Historia: 1253068                        |                   |
| Teléfono: 3017502185 3206799314  |                  | Aseguradora: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS |                   |

|                            |      |  |
|----------------------------|------|--|
| Diagnóstico principal:     | S821 | FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA T |
| Diagnóstico relacionado 1: |      |  |
| Diagnóstico Relacionado 2: |      |  |

| Ortopedia. |        |  |          |                   |
|------------|--------|--|----------|-------------------|
| Cantidad   | Código | Descripción  | Localiz. | Texto Explicativo |
| 1          | 890380 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA |          |                   |

| Rayos X Convencional. |        |                                     |          |                                 |
|-----------------------|--------|-------------------------------------|----------|---------------------------------|
| Cantidad              | Código | Descripción                         | Localiz. | Texto Explicativo               |
| 1                     | 873420 | RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP LATERAL) |          | RX RODILLAS AP Y LAT BIALTERAL. |

Justificación:

FAVOR PEDIR CITA ORTOPEDIA PARA 20 DIAS CON RX DE RODILLAS BILATERAL AP Y LAT.

  
**FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**  
**DR. MAURICIO TORRES CALERO**  
 Médico Ortopedia y Traumatología

Comentarios:

Valido como firma electronica  
 Profesional Responsable: **TORRES CALERO, MAURICIO**  
 No. Identificación: **94522206** Registro Médico No.: **764452005**  
 Especialidades: **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA;**


THE  
FEDERAL  
BUREAU OF  
INVESTIGATION  
UNITED STATES  
DEPARTMENT OF  
JUSTICE  
WASHINGTON, D. C.  
20535  
OFFICE OF THE  
DIRECTOR  
FEDERAL BUREAU OF  
INVESTIGATION  
UNITED STATES  
DEPARTMENT OF  
JUSTICE  
WASHINGTON, D. C.  
20535  
TELEPHONE  
202-344-3111  
TELETYPE  
202-344-3111  
FACSIMILE  
202-344-3111  
INTERNET  
WWW.FBI.GOV

UNITED STATES  
DEPARTMENT OF  
JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF  
INVESTIGATION  
WASHINGTON, D. C.  
20535  
TELEPHONE  
202-344-3111  
TELETYPE  
202-344-3111  
FACSIMILE  
202-344-3111  
INTERNET  
WWW.FBI.GOV

UNITED STATES  
DEPARTMENT OF  
JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF  
INVESTIGATION  
WASHINGTON, D. C.  
20535  
TELEPHONE  
202-344-3111  
TELETYPE  
202-344-3111  
FACSIMILE  
202-344-3111  
INTERNET  
WWW.FBI.GOV

UNITED STATES  
DEPARTMENT OF  
JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF  
INVESTIGATION  
WASHINGTON, D. C.  
20535  
TELEPHONE  
202-344-3111  
TELETYPE  
202-344-3111  
FACSIMILE  
202-344-3111  
INTERNET  
WWW.FBI.GOV

UNITED STATES  
DEPARTMENT OF  
JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF  
INVESTIGATION  
WASHINGTON, D. C.  
20535  
TELEPHONE  
202-344-3111  
TELETYPE  
202-344-3111  
FACSIMILE  
202-344-3111  
INTERNET  
WWW.FBI.GOV

|  |                  |  |                   |
|--|------------------|--|-------------------|
|  <b>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI</b><br><i>Excelencia en Salud al servicio de la comunidad</i> |                  | <b>Orden Clínica: 13850364</b>           |                   |
| Fecha: 08.NOV.2019   | Hora: 14:32:10   | Prioridad: Electiva                      |                   |
| Nombre: PAOLA FERNANDA   |                  | Fecha nacimiento: 17.SEP.1980            |                   |
| Apellidos: LOZANO RAMIREZ  |                  | Edad: 39 Años                            |                   |
| Tipo Doc: CC 31484077  | Género: Femenino | Paciente No: 1253068                     | Episodio: 6783757 |
| Habitación:  | Cama:            | Historia: 1253068                        |                   |
| Teléfono: 3017502185 3206799314  |                  | Aseguradora: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS |                   |

|                            |      |  |
|----------------------------|------|--|
| Diagnóstico principal:     | S821 | FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA T |
| Diagnóstico relacionado 1: |      |  |
| Diagnóstico Relacionado 2: |      |  |

| Ortopedia. |        |  |          |                   |
|------------|--------|--|----------|-------------------|
| Cantidad   | Código | Descripción  | Localiz. | Texto Explicativo |
| 1          | 890380 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA |          |                   |

| Rayos X Convencional. |        |                                     |          |                                 |
|-----------------------|--------|-------------------------------------|----------|---------------------------------|
| Cantidad              | Código | Descripción                         | Localiz. | Texto Explicativo               |
| 1                     | 873420 | RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP LATERAL) |          | RX RODILLAS AP Y LAT BIALTERAL. |

**Justificación:**  
FAVOR PEDIR CITA ORTOPEDIA PARA 20 DIAS CON RX DE RODILLAS BILATERAL AP Y LAT.

**FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**  
**DR. MAURICIO TORRES CALERO**  
 Médico Ortopedia y Traumatología  
 T.P. 764452005

**Comentarios:**

**Valido como firma electronica**  
 Profesional Responsable: **TORRES CALERO, MAURICIO**  
 No. Identificación: **94522206** Registro Médico No.: **764452005**  
 Especialidades: **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA;**



[illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

[illegible]

Figure 1. The effect of the number of trials on the number of correct responses. The number of correct responses was significantly higher than the number of incorrect responses in all cases. The number of correct responses was significantly higher than the number of incorrect responses in all cases. The number of correct responses was significantly higher than the number of incorrect responses in all cases.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 400 million to 600 million. The number of illiterate people in the world is expected to reach 700 million by the year 2000. The number of illiterate people in the world is expected to reach 800 million by the year 2010. The number of illiterate people in the world is expected to reach 900 million by the year 2020. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1 billion by the year 2030. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.1 billion by the year 2040. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.2 billion by the year 2050. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.3 billion by the year 2060. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.4 billion by the year 2070. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.5 billion by the year 2080. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.6 billion by the year 2090. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2100.

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains.

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The *Agrobacterium* strains were grown in the YEA medium for 24 h at 28°C. The cell concentration of the strains was adjusted to 10<sup>8</sup> cells/ml. The cell suspension was mixed with the plant tissue and the transformation efficiency was determined. The results were expressed as the mean  $\pm$  SD of three independent experiments.

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The *Agrobacterium* strains were grown in the YEA medium for 24 h at 28 °C. The cell concentration of the strains was adjusted to 10<sup>8</sup> cells/ml. The cell suspension was mixed with the plant tissue and the transformation efficiency was determined. The results were expressed as the mean ± SD of three independent experiments. The asterisk indicates a significant difference ( $P < 0.05$ ) between the strains.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

Salud En Casa Cali (83)  
Ingreso crónicos Domiciliario  
Fecha de la atención 08/11/2019 12:09



## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Paola Fernanda Lozano Ramirez**

Identificación  
CC 31484077

Fecha de nacimiento  
17-09-1980

Edad  
39 años (Adulez)

Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
3186195578  
Estado civil  
Casado

Departamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
Independiente

Municipio  
CALI

Dirección  
CR 11 F 38-85  
Correo electrónico  
gempresanlalessas@gmail.com

## Datos del acompañante

Nombre acompañante  
JUAN EDUARDO TORRE  
Teléfono acompañante  
3206799314

Parentesco acompañante  
Cónyuge

## Motivo de Consulta

Paciente remitido de SALUD EN CASA CALI por el profesional DIEGO ALEJANDRO PACHON CARDENAS PARA VALORACION DE INGRESO A CRONICOS PACIENTE QUE RESIDE EN CALLE 39 # 11F - 04

## Enfermedad actual

### Enfermedad Actual

#### Enfermedad Actual

PACIENTE DE 39 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE 1. ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 21 OCTUBRE EN MOTO CALIDAD CONDUCTORA CON POSTERIOR TRAUMA QUE GENERA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL ( ESTALIDO ARTICULAR ) CON HUNDIMIENTO Y DEFECTO OSEO LATERAL A QUIEN SE REALIZO POP DE REDUCCION ABIERTA + OTS DE RACTURAS TIBIALES ( 22 OCT 2019 ) 2. LIPEDEMA LINFEDEMA BILATERAL EN MIEMBROS INFERIORES EN MANEJO FARMACOLOGICO CON BIOSMINA 1 AL DIA QUIRURGICOS VARICOSAPENECTOMIA OSTEOSINTESIS DE HUMERO ALERGICOS NIEGA FAMILIARES NIEGA QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE ESPOSO Y MADRE QUIEN SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL CON BUEN CONTROL DE DOLOR BUEN CONTROL DE SINTOMAS PERO SE ENCUENTRA CON ESTADO DE POSTRACION FRANCO REQUIERE DE TERCEROS PARA TODAS SUS NECESIDADES BASICAS TALES COMO BAÑO EN CAMA USO DE PATO CAMBOS DE POSICION VESTIRSE ALIMENTARSE PERMANECE TODO EL TIEMPO ACOSTADA POR INMOVILIZACION DE MIEMBROS INFERIORES. SUS SINTOMAS SE ENCUENTRAN CONTROLADOS

## Revisión por Sistemas

NIEGA FIEBRE NIEGA EMESIS REFIERE ADECUADA TOLERANCIA DE LA VIA ORAL NIEGA DISNEA NIEGA DOLOR TORACICO NIEGA DOLOR ABDOMINAL DIURESIS Y DEPOSICION PSOTIVA SIN ALTERACION ADECUADO PATORN DE SUEÑO

## Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Diabetes Mellitus                | No       | Trastorno de la Coagulación    | No       |
| Hipertensión Arterial            | No       | Cáncer                         | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       | VIH                            | No       |
| Insuficiencia Renal Crónica      | No       | Enfermedad Tiroidea            | No       |
| Asma                             | No       | Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Epoc                             | No       | Trastorno Psiquiátrico         | No       |
| Epilepsia                        | No       |                                |          |

## Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

## Antecedentes Quirúrgicos

ID Historia 24854410

Página 1 de 3

Salud En Casa Cali (83)  
Ingreso crónicos Domiciliario  
Fecha de la atención 08/11/2019 12:09



No relata procedimientos

### Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años 11 año(s)

FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

### Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

Observaciones ginecobstétricas FUR: "HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

### Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 155 cm

Signos Vitales Frecuencia cardíaca: 70 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 86.67

Otros signos vitales Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 97 %

Estado general del paciente BUEN ESTADO GENERAL

Cabeza y Cuello NORMOCONFIGURADO MUCOSA ORAL HUMEDA CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS ESCLERAS ANICTERICAS CUELLO MOVIL NO MASAS NO ADENOPATIAS SIN OTRAS ALTERACIONES

Tórax TORAX NORMOCONFIGURADO RSCS RITMICOS SIN SOPLOS BUENA TONALIDAD NO SOPLOS RSRS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO NO AGREGADOS PULMONARES

Gastrointestinal ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS NO DOLOR A LA PALPACION NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL RUIDOS INTESTINALES PRESENTES

Genitourinario SIN ALTERACION SIDA VECAL A CYSTOFLO CON ORINA CLARA NO FETIDA

Osteomuscular EXTREMIDADES EUTROFICAS SIMETRICAS FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA CON INMOVILIZACION DE MIEMBROS INFERIORES DESDE PIE HASTA MUSLO BILATERAL NO EDEMAS NO MASAS NO LESIONES EN PIEL LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG SIN ALTERACION

Neurológicos ALERTA CONCIENTE ORIENTADA

### Análisis y plan

Notas de análisis y plan: PACIENTE DE 39 AÑOS QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO EN OCTUBRE QUIEN REQUIRIO DE INTERVENCION QUIRURGICA EN FUNDACION VALLE DEL LILI EL DIA DE HOY EN BUEN ESTADO GENERAL ESTABLE AFEBRIL HIDRATADA TOLERANDO LA VIA ORAL QUIEN NO PRESENTA COMORBILIDADES DE IMPORTANCIA, QUIEN EN EL MOMENTO POR CIRUGIA RECIENTE E INMOVILIZACION TOTAL DE MIEMBROS INFERIORES REQUIERE DE TERCEROS PARA TODAS SUS NECESIDADES BASICAS TALES COMO ALIMENTARSE ASEARSE CAMBIOS DE POSICION VESTIRSE ALIMENTARSE ENTRE OTROS PERMANECE TODO EL DIA ACOSTADA INMOVILIZADA, SOLO SE PUEDE TRASLADAR EN AMBULANCIAS AL EXTERIOR DEL DOMICILIO. ES REMITIDA AL PROGRAMA DE CRONICOS EN DONDE SE SOLICITA SERVICIO DE ENFERMERIA Y ESTA ES LA "POSIBLE CAUSA DE LA REMISION" SE EXPLICA QUE EL PROGRAMA DE CRONICOS DOMICILIARIO NO CUENTA CON ESTE SERVICIO. ADEMAS SE EXPLICA QUE ES UNA PACIENTE QUE NO CUMPLE CON CRITERIO DE CRONICOS YA QUE ES UNA PACIENTE POTENCIALMENTE REHABILITABLE QUE DEBE CONTINUAR ASISTIENDO A SUS CONTROLES CON ORTOPEdia ADEMAS DE MAS ADELANTE ASISTENCIA A SUS TERAPIAS AMBULATORIAS ADEMAS NO TIENWE PATOLOGIAS CRNICAS IMPORTANTES QUE REQUIERAN DE SEGUIMIENTO POR LO CUAL NO SE INGRESA AL PROGRAMA DE CRONICOS SE EXPLICA QUE DEBE CONTINUAR ASISTIENDO A SUS CONTROLES EN IPS REFIERE ENTENDER Y ACEOTAR SE CIERRA EVENTO POR SALUD EN CASA

| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico |
|---|---------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido |

### Recomendaciones

Recomendaciones: NO INGRESA A CRONICOS SE CIERRA EVENTO POR SALUD EN CASA

### Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

### Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas

Salud En Casa Cali (83)  
Ingreso crónicos Domiciliario  
Fecha de la atención 08/11/2019 12:09



Remisión

Recomendaciones

NO INGRESA A CRONICOS SE CIERRA EVENTO POR SALUD EN CASA

Información del profesional

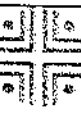
JOHANNA ALEXANDRA CORREDOR CUELLAR

CC 1010193775

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA Registro 1010193775





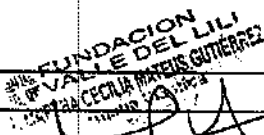
|   |                  |                                    |                   |
|---|------------------|------------------------------------|-------------------|
|  <b>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI</b><br><small>Exclusivamente para el servicio de la comunidad</small> |                  | <b>Orden Clínica: 13899122</b>     |                   |
| Fecha: 18.NOV.2019  | Hora: 12:31:47   | Prioridad: Electiva                |                   |
| Nombre: PAOLA FERNANDA  |                  | Fecha nacimiento: 17.SEP.1980      |                   |
| Apellidos: LOZANO RAMIREZ   |                  | Edad: 39 Años                      |                   |
| Tipo Doc: CC 31484077   | Género: Femenino | Paciente No: 1253068               | Episodio: 6805501 |
| Habitación:   | Cama:            | Historia: 1253068                  |                   |
| Teléfono: 3206799314 3017502185   |                  | Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A. |                   |

|                            |      |  |
|----------------------------|------|--|
| Diagnóstico principal:     | Z420 | CUIDADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA PLASTI |
| Diagnóstico relacionado 1: |      |  |
| Diagnóstico Relacionado 2: |      |  |

| Cirugia Plástica. |        |   |          |  |
|-------------------|--------|---|----------|--|
| Cantidad          | Código | Descripción   | Localiz. | Texto Explicativo                                  |
| 1                 | 890339 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESTETI CAYRECONSTRUCTIV A |          | IPS basica<br>con ex plastica<br>de la Red de sura |

**Justificación:**  
CITA POR CIRUGÍA PLÁSTICA EN TRES SEMANAS

**Comentarios:**

  
 FUNDACION VALLE DEL LILI  
 MATEUS GUTIERREZ

**Valido como firma electronica**  
 Profesional Responsable: **MATEUS GUTIERREZ, MARTHA CECILIA**  
 No. Identificación: **51924726** Registro Médico No.: **501191997**  
 Especialidades: **CIRU.PLAST.ESTETIC.MAXI.Y MANO;**

1000

1000

1000


1000

1000

1000

1000

1000

|   |                  |                                    |                   |
|---|------------------|------------------------------------|-------------------|
|  <b>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI</b><br><small>Compromiso en la salud al servicio de la comunidad</small> |                  | <b>Orden Clínica: 13899128</b>     |                   |
| Fecha: 18.NOV.2019  | Hora: 12:32:42   | Prioridad: Electiva                |                   |
| Nombre: PAOLA FERNANDA  |                  | Fecha nacimiento: 17.SEP.1980      |                   |
| Apellidos: LOZANO RAMIREZ   |                  | Edad: 39 Años                      |                   |
| Tipo Doc: CC 31484077   | Género: Femenino | Paciente No: 1253068               | Episodio: 6805501 |
| Habitación:   | Cama:            | Historia: 1253068                  |                   |
| Teléfono: 3206799314 3017502185   |                  | Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A. |                   |

|                            |      |  |
|----------------------------|------|--|
| Diagnóstico principal:     | Z420 | CUIDADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA PLASTI |
| Diagnóstico relacionado 1: |      |  |
| Diagnóstico Relacionado 2: |      |  |

| Valoraciones Asistenciales. |           |  |          |                   |
|-----------------------------|-----------|--|----------|-------------------|
| Cantidad                    | Código    | Descripción  | Localiz. | Texto Explicativo |
| 5                           | 890605-82 | SEGUIMIENTO<br>TERAPIA<br>ENTEROSTOMAL POR<br>ENFERMERIA |          |                   |

|                                   |
|-----------------------------------|
| Justificación:                    |
| CURACIONES EN MIEMBROS INFERIORES |

|              |
|--------------|
| Comentarios: |
|--------------|

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI  
 MATEUS GUTIERREZ, MARTHA CECILIA  
 19.11

Valido como firma electronica  
 Profesional Responsable: **MATEUS GUTIERREZ, MARTHA CECILIA**  
 No. Identificación: **51924726** Registro Médico No.: **501191997**  
 Especialidades: **CIRU.PLAST.ESTETIC.MAXI.Y MANO;**

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The number of transformed cells was determined by the number of colonies obtained on the selective medium. The results are the mean of three independent experiments. Error bars represent the standard deviation.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 400 million to 600 million. The number of illiterate people in the world is expected to reach 700 million by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 700 million by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 700 million by the year 2015.

[illegible]

The figure consists of two scatter plots. The left plot shows a positive correlation between the number of children (x-axis) and the number of parents (y-axis). The data points are scattered, and a regression line is drawn through them, showing a positive slope. The right plot shows a negative correlation between the number of children (x-axis) and the number of parents (y-axis). The data points are scattered, and a regression line is drawn through them, showing a negative slope.

[illegible]

# HISTORIA CLÍNICA GENERAL

## DATOS GENERALES

|   |               |                                  |                       |
|---|---------------|----------------------------------|-----------------------|
| Paciente: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ         |               | Doc. Identificación: CC 31484077 |                       |
| Fecha de Nacimiento: 17.09.1980                 | Edad: 39 Años | Sexo: F                          | Nº. Episodio: 6805501 |
| Aseguradora: EPS SURAMERICANA S.A.              |               | Nº. Historia Clínica: 1253068    |                       |
| Médico Tratante: MATEUS GUTIERREZ, MARTHA CECIL |               | CIRU.PLAST. ESTETIC. MAXILY MANO |                       |

## ATENCIÓN CLÍNICA

|                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| Atención: Consulta Externa | Tipo de Evento: Enfermedad general |
| Anamnesis                  |                                    |
| Fecha: 18.11.2019          | 12:29:26                           |

Objetivo de consulta:  
CIRUGÍA PLÁSTICA  
PACIENTE A CONTROL DE COLGAJOS EN LABIO SUPERIOR.

Examen Actual:  
SE OBSERVA CICATRICES INICIALES INDURADAS. CON EDEMA EN BERMELLÓN Y EN PROLABIO. NO SIGNOS DE INFECCIÓN NI DEHISCENCIA DE SUTURAS.  
EN LA CARA ANTERIOR TERCIO SUPERIOR DE PIERNA DERECHA SE OBSERVA COSTRA DE 2X2 CM LA CUAL SE DESBRIDA. EVIDENCIANDO UN PUNTO DE GRANULACIÓN CON ESCASO SEROMA. NO SIGNOS DE INFECCIÓN.

## Antecedentes

|                     |   |
|---------------------|---|
| Alérgicos:          |   |
| Patológicos:        |   |
| Quirúrgicos:        | LINFEDEMA CRÓNICO DE MI'S   |
| Medicamentosos:     |   |
| Tratamiento actual: | MATEUS GUTIERREZ, MARTHA CECILIA<br>CIRU.PLAST. ESTETIC. MAXILY MANO<br>0051924726 RM:501191997 |

## Diagnósticos

CUIDADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA PLASTICA DE LA CABEZA Y DEL CUELLO

Recomendaciones y Conducta:  
PACIENTE CONTINUAR CURACIONES EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO. SE DA ORDEN CLÍNICA.  
PACIENTE A CONTROL POR CIRUGÍA PLÁSTICA EN TRES SEMANAS.  
PACIENTE MASAJES EN CICATRIZ DE LABIO Y FOTOPROTECCIÓN.

Firma del Médico:  
MATEUS GUTIERREZ, MARTHA CECILIA  
CIRU.PLAST. ESTETIC. MAXILY MANO  
0051924726 RM:501191997

como Firma Electrónica

FUNDACION  
VALLE DEL LILI  
MATEUS GUTIERREZ  
Cecilia Patricia  
T.P. 18/11/19

## Ordenes Clínicas

| Ordenes Generales |            |                                |                     |                            |
|-------------------|------------|--------------------------------|---------------------|----------------------------|
| Fecha             | Código     | Nombre                         | U. Organizativa     | Responsable                |
| 18.11.2019        | CNOPAGOPOP | CONTROL NO PAGO POS OPERATORIO | UT Cirugía Plástica | LINA MARCELA PATIÑO CASTRO |



1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific information required.

# HISTORIA CLÍNICA GENERAL

| DATOS GENERALES                                     |                      |                |   |
|---|----------------------|----------------|---|
| Paciente: <b>PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ</b>      |                      |                |   |
| Fecha Nacimiento: <b>17.09.1980</b>                 | Edad: <b>39 Años</b> | Sexo: <b>F</b> | Doc. Identificación: <b>CC 31484077</b> |
| Seguradora: <b>COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.</b> |                      |                | Nº. Episodio: <b>6783757</b>            |
| Médico Tratante: <b>TORRES CALERO, MAURICIO</b>     |                      |                | Nº. Historia Clínica: <b>1253068</b>    |
| ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA                           |                      |                |   |

| ATENCIÓN CLÍNICA                           |   |
|--|---|
| Fecha de Atención: <b>Consulta Externa</b> | Tipo de Evento: <b>Enfermedad general</b> |
| Anamnesis                                  |   |

Fecha: 08.11.2019 14:31:00

Motivo de consulta: **ALORACION**

Enfermedad Actual:

**FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BIALTERAL SVI (ESTALLIDO ARTICULAR BILATERAL). MANEJO QX OTS CON PLACAS BILATERAL. ASISTE A CONTROL.**

**FX FX DE PLATILLOS TIBIALES BIALTERA REDUCIDA SIN AFLOJAMIENTO DEL MATERIAL DE OTS SE MANTIENE RELACIONES ARTICULARES.**

**FX FISICO MS INFERIORES BIALTERA ALINEADOS. HERIDAS QX SIN SANGRADO SIN SUPURACION ACTIVA. MOVILZIA DISTAL. RODILLAS ALINEADAS. LINFAEDEMA Y OBESIDAD MROBIDA DE BASE.**

**FX FX PLATILLOS TIBIALES BILATERAL SVI.**

**PLAN. NO DEBE PISAR HASTA NUEVA ORDEN DE ORTOPEDIA. DEBE COMPLETAR AL MENOS 8 SEMANAS SIN APOYO. DEBE USAR INMOVILIZADORES DE RODILLA HSTA PROXIM CONTROL ORTOPEDIA EN 20 DIAS CON RX DE RODILLAS BIALTERAL AP Y LAT. NO APLICAR CREMAS EN HERIDAS. SE EXPLICA EJERCICIOS PARA LA CASA.**

| Antecedentes                                |                                  |
|---|----------------------------------|
| Alérgicos:                                  | -                                |
| Endocrínicos:                               | -                                |
| Cardíacos:                                  | -                                |
| Respiratorios:                              | -                                |
| Neurológicos:                               | LINFEDEMA CRÓNICO DE MI'S        |
| Quirúrgicos:                                | -                                |
| Responsable: <b>TORRES CALERO, MAURICIO</b> | <b>ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA</b> |
| Celular: <b>0094522206</b>                  | <b>RM:764452005</b>              |

| Diagnósticos   |  |
|--|--|
| 1. <b>FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA</b> |  |

| Análisis y Conducta  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>FX PLATILLOS TIBIALES BILATERAL SVI.</b>  |                                  |
| <b>PLAN. NO DEBE PISAR HASTA NUEVA ORDEN DE ORTOPEDIA. DEBE COMPLETAR AL MENOS 8 SEMANAS SIN APOYO. DEBE USAR INMOVILIZADORES DE RODILLA HSTA PROXIM CONTROL ORTOPEDIA EN 20 DIAS CON RX DE RODILLAS BIALTERAL AP Y LAT. NO APLICAR CREMAS EN HERIDAS. SE EXPLICA EJERCICIOS PARA LA CASA.</b> |                                  |
| <b>TORRES CALERO, MAURICIO</b>   | <b>ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA</b> |
| Celular: <b>0094522206</b>   | <b>RM:764452005</b>              |
| Firma como Firma Electrónica   |                                  |

| Ordenes Clínicas |            |                                |                 |                               |
|------------------|------------|--------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| Fecha            | Código     | Nombre                         | U. Organizativa | Responsable                   |
| 1.2019           | CNOPAGOPOP | CONTROL NO PAGO POS OPERATORIO | UT Ortopedia    | INGRID VIVIANA GAMEZ COLORADO |

**FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**  
**DR. MAURICIO TORRES CALERO**  
Médico Ortopedia y Traumatología  
T.P. 76445105

| Percentage of total effort | A. balearicum (%) | A. mediterraneum (%) |
|----------------------------|-------------------|----------------------|
| 0                          | 0                 | 0                    |
| 20                         | 10                | 10                   |
| 40                         | 30                | 20                   |
| 60                         | 60                | 30                   |
| 80                         | 85                | 45                   |
| 100                        | 95                | 60                   |

[illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

[illegible][illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.7 billion by the year 2015.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

*Journal of Management Education* 30(6)

|                |                       |             |                          |                    |                   |
|----------------|-----------------------|-------------|--------------------------|--------------------|-------------------|
| Apellidos:     | LOZANO RAMIREZ        | No Muestra: | 201912020887             | Fecha Facturación: | 02/dic/2019 13:58 |
| Nombres:       | PAOLA FERNANDA        | Origen:     | UE Urgencias adulto      | Fecha Impresión:   |                   |
| Identif/Hist.: | 31484077              | Medico:     | ESMERAL ZULUAGA NATHALIA |                    |                   |
| Sexo/Fec.Nac.: | Femenino / 17/09/1980 | Empresa:    | EPS SURAMERICANA S.A.    |                    |                   |
| Dirección:     | CR 11F 86 39          | Teléfono:   | 3017502185               |                    |                   |

| Analito/Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia | Fec/Hora Valid |
|----------------|-----------|----------|-----------------------|----------------|
|----------------|-----------|----------|-----------------------|----------------|

**HEMATOLOGIA**

**HEMOGRAMA (Val. Ref. ajustados segun edad y genero del paciente)**

**IMPORTANTE**

02/dic/2019 16:34

A partir del 5 de febrero 2016 se modifican y complementan los valores de referencia de este examen para incluir nuevos grupos de edad. La comparabilidad con resultados anteriores reportados por este laboratorio no se afecta, pues no hay sesgo de medición ni cambio de metodología (Plataforma XN3000 Sysmex, criterios de acuerdo a The American Society of Hematology)

**GLOBULOS BLANCOS**

|  |       |                       |              |                   |
|--|-------|-----------------------|--------------|-------------------|
| RECuento TOTAL DE LEUCOCITOS             | 8.14  | x 10 <sup>3</sup> /uL | 3.98 - 10.04 | 02/dic/2019 16:34 |
| Metodo :Citometria de flujo fluorescente |       |                       |              |                   |
| NORMOBLASTOS                             | 0.00  | x 10 <sup>3</sup> /uL | 0.03 - 0.11  | 02/dic/2019 16:34 |
| NORMOBLASTOS %                           | 0.0   | %                     |              | 02/dic/2019 16:34 |
| NEUTROFILOS #                            | 5.57  | x 10 <sup>3</sup> /uL | 1.56 - 6.13  | 02/dic/2019 16:34 |
| NEUTROFILOS %                            | 68.50 | %                     | 34 - 71.1    | 02/dic/2019 16:34 |
| LINFOCITOS #                             | 1.93  | x 10 <sup>3</sup> /uL | 1.18 - 3.74  | 02/dic/2019 16:34 |
| LINFOCITOS %                             | 23.70 | %                     | 19.3 - 51.7  | 02/dic/2019 16:34 |
| MONOCITOS #                              | 0.48  | x 10 <sup>3</sup> /uL | 0.24 - 0.36  | 02/dic/2019 16:34 |
| MONOCITOS %                              | 5.70  | %                     | 4.7 - 12.5   | 02/dic/2019 16:34 |
| EOSINOFILOS #                            | 0.10  | x 10 <sup>3</sup> /uL | 0.04 - 0.36  | 02/dic/2019 16:34 |
| EOSINOFILOS %                            | 1.20  | %                     | 0.7 - 5.8    | 02/dic/2019 16:34 |
| BASOFILOS #                              | 0.08  | x 10 <sup>3</sup> /uL | 0.01 - 0.08  | 02/dic/2019 16:34 |
| BASOFILOS %                              | 0.70  | %                     | 0.1 - 1.2    | 02/dic/2019 16:34 |
| GRANULOCITOS INMADUROS #                 | 0.02  | x 10 <sup>3</sup> /uL | 0 - 0.03     | 02/dic/2019 16:34 |
| GRANULOCITOS INMADUROS %                 | 0.20  | %                     | 0 - 0.43     | 02/dic/2019 16:34 |

**GLOBULOS ROJOS**

|  |       |                       |             |                   |
|--|-------|-----------------------|-------------|-------------------|
| RECuento DE GLOBULOS ROJOS                       | 4.51  | x 10 <sup>6</sup> /uL | 3.93 - 5.22 | 02/dic/2019 16:34 |
| Metodo:Corriente Directa y Enfoque Hidrodinamico |       |                       |             |                   |
| HEMOGLOBINA                                      | 12.40 | g/dL                  | 11.2 - 15.7 | 02/dic/2019 16:34 |
| Metodologia:Sulfohemoglobina                     |       |                       |             |                   |
| HEMATOCRITO                                      | 40.50 | %                     | 34.1 - 44.9 | 02/dic/2019 16:34 |
| MCV  | 89.80 | fl                    | 79.4 - 94.8 | 02/dic/2019 16:34 |
| MCH  | 27.50 | pg                    | 25.6 - 32.2 | 02/dic/2019 16:34 |
| MCHC   | 30.60 | g/dL                  | 32.2 - 35.5 | 02/dic/2019 16:34 |
| RDW CV   | 14.20 | %                     | 11.7 - 14.4 | 02/dic/2019 16:34 |
| RDWSD  | 47.1  | fl                    | 36.4 - 46.3 | 02/dic/2019 16:34 |

**PLAQUETAS**

|                       |      |                       |            |                   |
|-----------------------|------|-----------------------|------------|-------------------|
| RECuento DE PLAQUETAS | 342  | x 10 <sup>3</sup> /uL | 182 - 369  | 02/dic/2019 16:34 |
| MPV                   | 9.80 | fl                    | 9.4 - 12.3 | 02/dic/2019 16:34 |

**Nota:** Todos los exámenes de laboratorio deben ser evaluados por el médico quien definirá la RELEVANCIA MEDICA de los resultados.

Por cambio de la Plataforma analítica, el resultado obtenido debe ser interpretado de acuerdo a los valores de referencia del método específico. Los resultados pueden variar según el método de ensayo aplicado.

Se recomienda especial atención en los controles de tratamiento durante el periodo de transición, para una correcta interpretación.

**Vista Previa**

**Laboratorio Clínico**  
Av. Simón Bolívar Cra 98 # 18-49  
PBX: (2)-3319090 Ext 3152-3163 - Fax: (57)(2)-3317750  
E-mail: laboclin@fvtl.org  
http://www.valledelilili.org  
Cali - Colombia - S.A.



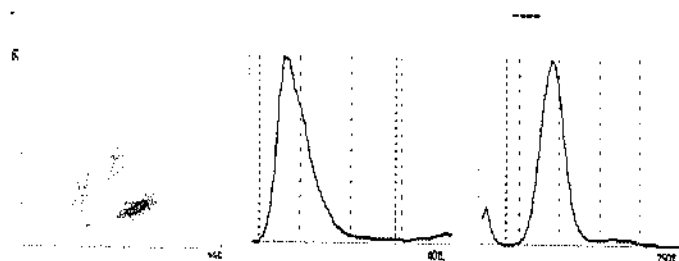
|                |                       |             |                          |                    |                   |
|----------------|-----------------------|-------------|--------------------------|--------------------|-------------------|
| Apellidos:     | LOZANO RAMIREZ        | No Muestra: | 201912020887             | Fecha Facturación: | 02/dic/2019 13:58 |
| Nombres:       | PAOLA FERNANDA        | Origen:     | UE Urgencias adulto      | Fecha Impresión:   |                   |
| Identif/Hist:  | 31484077              | Médico:     | ESMERAL ZULUAGA NATHALIA |                    |                   |
| Sexo/Fec.Nac.: | Femenino / 17/09/1980 | Empresa:    | EPS SURAMERICANA S.A.    |                    |                   |
| Dirección:     | CR 11F 86 39          | Teléfono:   | 3017502185               |                    |                   |

Página 2 De 2

| Analito/Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia | Fec/Hora Valid |
|----------------|-----------|----------|-----------------------|----------------|
|----------------|-----------|----------|-----------------------|----------------|

**HEMATOLOGIA**

**CITOGRAMAS E HISTOGRAMAS**



02/dic/2019 16:34

Usuario validacion:

Mabel Ofelia Casanova Noguera Reg.  
1053830288

**QUIMICA CLINICA**

|                           |                     |   |             |                   |
|---------------------------|---------------------|---|-------------|-------------------|
| NITROGENO UREICO EN SUERO | 8.60                | mg/dL   | 6 - 20      | 02/dic/2019 16:43 |
| Enzimático                |                     |   |             |                   |
| CREATININA EN SUERO       | 0.55                | mg/dL   | 0.51 - 0.95 | 02/dic/2019 16:43 |
| Enzimático                |                     |   |             |                   |
| INDICE RENAL              | 15.6                |   |             | 02/dic/2019 16:43 |
|                           | Usuario validacion: | Autovalidación aprobada por: Luis Albornoz MD, TP: 15477-88 |             |                   |
| PROTEINA C REACTIVA       | * 0.71              | mg/dL   | 0 - 0.5     | 02/dic/2019 16:48 |
|                           | Usuario validacion: | Eduardo Enrique Marrugo Ortega No.Reg 252904                |             |                   |

**Nota:** Todos los exámenes de laboratorio deben ser evaluados por el médico quien definirá la **RELEVANCIA MEDICA** de los resultados.  
Por cambio de la Plataforma analítica, el resultado obtenido debe ser interpretado de acuerdo a los valores de referencia del método específico. Los resultados pueden variar según el método de ensayo aplicado.  
Se recomienda especial atención en los controles de tratamiento durante el período de transición, para una correcta interpretación.



# HISTORIA CLÍNICA GENERAL

## DATOS GENERALES

|                   |                                |                  |                       |             |
|-------------------|--------------------------------|------------------|-----------------------|-------------|
| Paciente:         | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  |                  |                       |             |
| Fecha Nacimiento: | 17.09.1980                     | Edad:            | 39 Años               |             |
| Aseguradora:      | EPS SURAMERICANA S.A.          |                  | Sexo:                 | F           |
| Médico Tratante:  | ESMERAL ZULUAGA, NATHALIA MARI | MEDICINA GENERAL | Doc. Identificación:  | CC 31484077 |
|                   |                                |                  | Nº. Episodio:         | 6845429     |
|                   |                                |                  | Nº. Historia Clínica: | 1253068     |
|                   |                                |                  | Triage:               | NIVEL II    |

## ATENCIÓN CLÍNICA

|                   |                       |                 |                    |
|-------------------|-----------------------|-----------------|--------------------|
| Tipo de Atención: | Atención de Urgencias | Tipo de Evento: | Enfermedad general |
|-------------------|-----------------------|-----------------|--------------------|

### Anamnesis

|        |            |          |
|--------|------------|----------|
| Fecha: | 02.12.2019 | 13:38:04 |
|--------|------------|----------|

Motivo de consulta:  
Ortopedia

### Enfermedad Actual:

Femenina de 39 años de edad, quien el pasado 21.10.2019, ingresa en contexto de accidente de tránsito, apiente en calidad de conductora de motocicleta, presentando fractura de platillos tibiales bilateral y de metafisis de fíbula proximal derecha.  
Refiere que desde hace 15 días, presenta herida abierta de aproximadamente 10 cm en tercio medio de pierna derecha, no fiebre.  
Es vista por el Dr. Torres el día de hoy en consulta quien considera paciente tiene alto riesgo de exposición de material de osteosíntesis, y complicaciones por la herida. Motivo por el cual direcciona a urgencias para desbridamiento quirúrgico.

-Politraumatismo accidente de tránsito:

- TCE leve
- Fractura de platillos tibiales bilateral Schatzker VI
- Fractura conminuta de metafisis de fíbula proximal derecha.
- POP Reducción abierta + OTS de fracturas tibiales (22

Antecedentes personales. Linfedema

### Antecedentes

Alérgicos: -  
Farmacológicos: -  
Patológicos: LINFEDEMA CRÓNICO DE MI'S  
Quirúrgicos: -

## Revisión por sistemas

Negativo para todos los sistemas

### Signos Vitales

|         |          |      |    |     |    |     |    |     |    |
|---------|----------|------|----|-----|----|-----|----|-----|----|
| TA:     | 108 / 60 | TAM: | 76 | TC: | 36 | FC: | 16 | FR: | 78 |
| Sin O2: | 98       |      |    |     |    |     |    |     |    |

### Examen Físico

|                 |   |
|-----------------|---|
| Aspecto General | condiciones generales, alerta, deambula por sus propios medios          |
| Cabeza          | Normocéfalo   |
| Ora             | No facies Patológicas   |
| Ojos            | Escleras anictéricas, conjuntivas rosadas y húmedas, pupilas isocóricas |
| Oído            | Móvil, sin masas ni adenopatías palpables                               |
| ORL             | Mucosas rosadas y húmedas.  |
| Órax            | Simétrico, normoexpansivo, mormullo vesicular presente en ambos campos  |
| Abdomen         | Blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni visceromega |
| NC              | Glasgow 15/15, sin déficit motor o sensitivo aparente                   |
| Genitourinario  | Se omite  |

|   |  |                  |  |
|---|--|------------------|--|
| Extremidades  | Edem grado II de miembros inferiores, herida dehisciente de pierna derecha |                  |  |
| Pulsos Periférico   | Presentes, adecuada amplitud   |                  |  |
| Piel y Tejidos  | Sin alteraciones   |                  |  |
| Paciente viene recibiendo medicamentos antes del ingreso? | No   |                  |  |
| Realizó Conciliación de estos medicamentos?               | Seleccione una   |                  |  |
| Explique por qué no prescribe medicación previa?          |  |                  |  |
| Responsable:  | ESMERAL ZULUAGA, NATHALIA MARIA  | MEDICINA GENERAL |  |
| Cédula:   | 1143853742   | RM:1143853742    |  |

### Diagnósticos

**S821** FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

### Análisis y Conducta

Femenina de 39 años de edad antecedente de linfedema, con historia de politrauma en octubre, múltiples fracturas de miembros inferiores, Ahora ingresa en relación a a deshiciencia de herida en extremidad inferior derecha, con alto riesgo de complicación, exposición de material de osteosíntesis. Se realizó radiografías bilaterales para ver evolución de fracturas, Reactantes de fase aguda, y se interconsulta con ortopedia. Se le explicó a la paciente la conducta

ESMERAL ZULUAGA, NATHALIA MARIA MEDICINA GENERAL

Cédula: 1143853742 RM:1143853742

Valido como Firma Electrónica

### Ordenes Clínicas

#### Ordenes Generales

| Fecha      | Código    | Nombre   | U. Organizativa     | Responsable                    |
|------------|-----------|--|---------------------|--------------------------------|
| 02.12.2019 | 890701    | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL   | UE Urgencias adulto | NATHALIA MARIA ESMERAL ZULUAGA |
| 02.12.2019 | 890402-72 | INTERCONSULTA DE URGENCIAS   | UE Urgencias adulto | NATHALIA MARIA ESMERAL ZULUAGA |
| 02.12.2019 | 903856    | NITROGENO UREICO   | UE Urgencias adulto | NATHALIA MARIA ESMERAL ZULUAGA |
| 02.12.2019 | 903895    | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS  | UE Urgencias adulto | NATHALIA MARIA ESMERAL ZULUAGA |
| 02.12.2019 | 906914    | PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO  | UE Urgencias adulto | NATHALIA MARIA ESMERAL ZULUAGA |
| 02.12.2019 | 902210    | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA RIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS | UE Urgencias adulto | NATHALIA MARIA ESMERAL ZULUAGA |
| 02.12.2019 | 873420    | RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP LATERAL)  | UE Urgencias adulto | NATHALIA MARIA ESMERAL ZULUAGA |
| 02.12.2019 | 873420    | RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP LATERAL)  | UE Urgencias adulto | NATHALIA MARIA ESMERAL ZULUAGA |
| 02.12.2019 | 873313    | RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP LATERAL)   | UE Urgencias adulto | NATHALIA MARIA ESMERAL ZULUAGA |
| 02.12.2019 | 873313    | RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP LATERAL)   | UE Urgencias adulto | NATHALIA MARIA ESMERAL ZULUAGA |

#### Ordenes Quirúrgicas

| Fecha     | Código | Nombre                                      | U. Organizativa     | Responsable                |
|-----------|--------|---|---------------------|----------------------------|
| 02-dic-19 | 867203 | COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD | UE Urgencias adulto | Dr. MAURICIO TORRES CALERO |

### Indicaciones de Enfermería

Fecha:02.12.2019 13:45:31

NADA VIA ORAL  
CIRUGIA HOY

Resp.:TORRES CALERO, MAURICIO

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

### Evoluciones Médicas

Fecha: 02.12.2019 13:56:46

Tipo de Evolución: Interconsulta en Urgencias

Subjetivo:  
ORTOPEDIA DR TORRES

PAOLA LOZANO 39 AÑOS

HISTORIA DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL SVI 22/10/19. MANEJO QX OTS CON PLACAS BILATERAL. HOY DURANTE CONTROL SE EVIDENCIA DEHISCENCIA DE HERIDA QX SOBRE CARA MEDIAL DE PIERNA DERECHA, APROX 7 CMS.

ANTECEDENTES: LINFEDEMA CONGENITO

MI INFI ZQ HERIDAS CICATRIZADAS. NO SG DE INFECCION RODILLA

ESTABLE. MINIF DERECHO HERIDAS LATERAL CICATRIZADA. MEDIAL PRESENTE CENTRO DESHICENTE SECRECION SEROSA SIN SUPURACION.

Pág 3 de 3

FX FX DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL.  
DEHISCENCIA HERIDA QUIRURGICA PIERNA DERECHA

PLAN: PACIENTE CON ANTECEDENTE LINFEDEMA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES M FX PLATILLOS TIBIALES SHATZKER VI BILATERAL, MUY COMPLEJA, MANEJO CON OTS, HOY DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA.  
SE CONSIDERA ALTO RIESGO DE INFECCION Y EXPOSICION DE MATERIAL DE OTS QUE CONLLEVE A UN DESENLACE NEGATIVO EN ESTA PACIENTE. SE DEFINE REQUIERE MANEJO QUIRURGICO CON COLGAJO COMPUESTO CON EL FIN DE EVITAR EXPOSICION DEL MATERIAL DE OTS Y RIESGO DE INFECCION. PENDIENTE TOMA TOMAR PARA CLINICOS Y RX POSTQUIRURGICA. NADA VIA ORAL. SE LLENA CONSENTIMIENTO INFORMADO

DR ANDRES FONSECA R1 ORTOPEDIA

Objetivo:

Análisis:

Plan:

Problemas actuales:

Problemas resueltos:

Evadas diagn. ult. 24 horas :Sin estudios pendientes

Responsable: TORRES CALERO, MAURICIO

Cédula: 0094522206

Valido como Firma Electrónica

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

RM:764452005









# HISTORIA CLÍNICA GENERAL

|  |                      |                |   |
|--|----------------------|----------------|---|
| <b>DATOS GENERALES</b>                           |                      |                |   |
| Paciente: <b>PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ</b>   |                      |                |   |
| Fecha Nacimiento: <b>17.09.1980</b>              | Edad: <b>39 Años</b> | Sexo: <b>F</b> | Doc. Identificación: <b>CC 31484077</b> |
| Seguradora: <b>PARTICULAR MEDICINA PREPAGADA</b> |                      |                | Nº. Episodio: <b>6844308</b>            |
| Médico Tratante: <b>TORRES CALERO, MAURICIO</b>  |                      |                | Nº. Historia Clínica: <b>1253068</b>    |
| ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA                        |                      |                |   |

|   |   |
|---|---|
| <b>ATENCIÓN CLÍNICA</b>                 |   |
| Mo de Atención: <b>Consulta Externa</b> | Tipo de Evento: <b>Enfermedad general</b> |
| <b>Anamnesis</b>                        |   |

|  |          |
|--|----------|
| Fecha: <b>02.12.2019</b>   | 11:25:39 |
| Motivo de consulta: <b>VALORACION</b>  |          |
| <b>Enfermedad Actual:</b><br><b>FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL SVI. MANEJO OX OTS CON PLACAS BILATERAL, ASISTE A CONTROL. REFIERE QUE LA HERIDA DERECHA SE ABRIO.</b><br><b>RX NO TRAE EX ACTUAL. RX PREVIA FX DE PLATILLOS TIBIALES REDUCIDA SIN AFLOJAMIENTO DEL MATERIAL DE OTS.</b><br><b>RX FISICO : M INF IZQ HERIDAS CICATRIZADAS. NO SG DE INFECCION RODILLA ESTABLE. M INF DERECHO HERIDAS LATERAL CICATRIZADA.</b><br><b>MEDIAL PRESENTE CENTRO DESHICENTE SECRECION SEROSA SIN SUPURACION.</b><br><b>RX FX DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL.</b><br><b>PLAN: DEBE INGRESAR POR URGENCIAS PARA DESBRIDAMIENTO DE HERIDA EN RODILLA DERECHA Y REALIZACION DE COLGAJO LOCAL PARA EVITAR EXPOSICION DEL MATERIAL DE OTS Y RIESGO DE INFECCION. TOMAR PARACLINICOS HEMOGRAMA PCR. Y RX DE RODILLAS BILATERAL. FAVOR INGRESAR Y AVISAR A ORTOPIEDIA DR TORRES PARA PASAR TURNO QUIRURGICO.</b> |          |

|  |   |
|--|---|
| <b>Antecedentes</b>  |   |
| Alérgicos: -<br>Farmacológicos: -<br>Patológicos: <b>LINFEDEMA CRÓNICO DE MI'S</b><br>Quirúrgicos: - |   |
| Responsable: <b>TORRES CALERO, MAURICIO</b><br>Cédula: <b>0094522206</b>                             | <b>ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA</b><br><b>RM:764452005</b> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Diagnósticos</b>  |  |
| <b>21 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA</b>   |  |
| <b>Análisis y Conducta</b>   |  |
| <b>RX FX DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL.</b><br><b>PLAN: DEBE INGRESAR POR URGENCIAS PARA DESBRIDAMIENTO DE HERIDA EN RODILLA DERECHA Y REALIZACION DE COLGAJO LOCAL PARA EVITAR EXPOSICION DEL MATERIAL DE OTS Y RIESGO DE INFECCION. TOMAR PARACLINICOS HEMOGRAMA PCR. Y RX DE RODILLAS BILATERAL. FAVOR INGRESAR Y AVISAR A ORTOPIEDIA DR TORRES PARA PASAR TURNO QUIRURGICO.</b><br><b>TORRES CALERO, MAURICIO</b><br><b>ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA</b><br><b>Cédula: 0094522206</b><br><b>RM:764452005</b><br><b>Hecho como Firma Electrónica</b> |  |

| <b>Ordenes Clínicas</b>  |        |  |                 |                                  |
|--------------------------|--------|--|-----------------|----------------------------------|
| <b>Ordenes Generales</b> |        |  |                 |                                  |
| Fecha                    | Código | Nombre   | U. Organizativa | Responsable                      |
| 12.2019                  | 890280 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA | UT Ortopedia    | BLANCA MIREYA ALAPE BUENAVENTURA |





CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A.  
¡Cada día mejor!

## RESUMEN

|  |   |   |                          |         |
|--|---|---|--------------------------|---------|
| NOMBRE: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  | IDENTIFICACION: CC 31484077             | HC: 31484077 - CC                       | EDAD: 39 Años            | SEXO: F |
| FECHA DE NACIMIENTO: 17/9/1980         | RESIDENCIA: CRA 11F NO 38-86 B/ TRONCAL | TELEFONO: 3935410-3206979314-3226075912 | VALLE DEL CAUCA-CALI     |         |
| PLAN: REDES RESPONSABLES EPS SURA 2019 |   |   | TIPO AFILIADO: Cotizante |         |

### EVOLUCIONES

FECHA: 2019-12-03 - HORA: 14:22 - LOPEZ RIVERA SANDRA CAROLINA - ESPECIALIDAD: TERAPIA ENTEROSTOMAL

|           |   |
|-----------|---|
| Subjetivo | <p>TERAPIA ENTEROSTOMAL.</p> <p>VALORO PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD. CON DIAGNOSTICO 1. DEHISCENCIA SUTURA PIERNA DERECHA. 2. POP. RA-OTS EX PLATILLOS TIBIALES BILATERAL Y FIBULA DER. (21.10.19).</p> <p>PACIENTE REFIREN QUE LE REALIZABAN DRENajes LINfATICOS. TUVO CONTROL CON CX VASCULAR.</p> <p>PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE Y ORIENTADA.</p>  |
| Objetivo  | <p>PREVIA HIGIENE DE MANOS Y USO DE BARRERAS RETIRO APOSITOS DE HERIDA INFRACONDILEA DERECHA. OBSERVO HERIDA DE 10CMS CON DEHISCENCIA EN BORDE SITAL DE UNOS 4CMS DE DIAMETROXICMS DE PROFUNDIDAD. EN LECHOS CON TEJIDO ADIPOSO DESVITALIZADO. NO HAY SECRECION. NO HAY CALOR LOCAL. NO HAY DOLOR. CON TECNICA ESTERIL REALIZO LAVADO ANTISEPTICO CON SOLUCION SALINA MA SIABON CLORHEXIDINA. RETIRO PARCIALMENTE TEJIDO DESVITALIZADO. LAVO NUEVAMENTE CON SOLUCION SALINAMAS JABON CLORHEXIDINA. SECO. CAMBIO DE GUANTE TOMO MUESTRA PARA CULTIVO. INICIO TERAPIA CON BACTIGRAS DE 15CMS + DUODERM CGF 15X15CMS. CUBRO CON GASA ESTERIL Y FIO CON MICROPORE. PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO.</p> |
| Analisis  | <p>HERIDA QUIRURGICA EN PIERNA DERECHA DESHICENTE A NIVEL DE BORDE SITAL DE LA HERIDA. DE APROXIMADMANETE 4CMS DE DIAMETROXICMS DE PRODUNDIDAD. NO SE PALPA MATERIAL D OSTEOSINTESI. NO HAY RBOR. NO HAY CALOR LOCAL. NO HAY SECRECION. SE INICIA TERAPIA HUENMDA CON EL FIN DE INICIAR LISIS DE TEJIDO DESVITALIZADO. POR PARTE DE LA ESPECIALIDAD LA PACIENTE PUEDE EGRESAR CON PLAN DE CURACIONES EN SU DOMICILIO.</p>   |
| Plan      | <p>PLAN DE EGRESO POR TEO.</p> <p>1.FAVOR ORDENAR CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA INFRACONDILEA EN PIERNA DERECHA POR ESPECIALISTA EN HERIDAS. 2 VECES A AL SEMANA. TIOAL 8 PARA EL MES EN SU DOMICILIO.</p> <p>2. PROXIMA CURACION EL DIA VIERNES.</p> <p>3. NO MOJAR APOSITOS.</p> <p>4. PENDIENTE RESPORTE DE CULTIVO.</p>   |

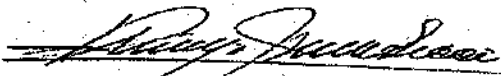
FECHA: 2019-12-03 - HORA: 14:44 - TRIANA RICCI RODRIGO. - ESPECIALIDAD: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

|           |   |
|-----------|---|
| Subjetivo |   |
| Objetivo  |   |
| Analisis  | <p>HERIDA QUIRURGICA EN PIERNA DERECHA DESHICENTE A NIVEL DE BORDE SITAL DE LA HERIDA. DE APROXIMADMANETE 4CMS DE DIAMETROXICMS DE PRODUNDIDAD. NO SE PALPA MATERIAL D OSTEOSINTESI. NO HAY RBOR. NO HAY CALOR LOCAL. NO HAY SECRECION. SE INICIA TERAPIA HUENMDA CON EL FIN DE INICIAR LISIS DE TEJIDO DESVITALIZADO. POR PARTE DE LA ESPECIALIDAD LA PACIENTE PUEDE EGRESAR CON PLAN DE CURACIONES EN SU DOMICILIO. ADEMAS INFECTO MANEFIEASTA QUE NO SE DARAN ATB HASTA NO VER LOS CULTIVOS{</p> |
| Plan      | <p>1.- SALIDA PORB ORTOPERDIA</p> <p>2.- TEO POR HOME CARE TRES POR SEMANA POR 4 SEMANAS.</p> <p>3. CITA A SU EPS POR ORTOPEdia.</p>  |

MEDICO:







**Rodrigo Triana Ricci**  
Cirujano Ortopedista  
Traumatología y Rehabilitación  
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica  
R.M. 3424 / C.C. 6095066

RODRIGO TRIANA RICCI  
CC 6095066  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

0861

## Información básica del paciente y la atención

**Paola Fernanda Lozano Ramirez**

Identificación  
CC 31484077

Fecha de nacimiento  
17-09-1980

Edad  
39 años (Adultez)

Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación  
POS

Teléfono fijo  
3206799314  
Estado civil  
Casado

Departamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3186195578  
Ocupación  
Independiente

Municipio  
CAJ

Dirección  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico  
gempresarialessas@gmail.com

## Datos del acompañante

Nombre acompañante

JUAN EDUARDO TORRE

Teléfono acompañante

3206799314

Parentesco acompañante

Cónyuge

## Motivo de Consulta

INGRESO EVENTO TEMPORAL - ZONA CENTRO - DOMICILIO CRA 11F NO 38-86 BARRIO EL TROMBON CAL Paciente remitido de CLINICA DE OCCIDENTE por el profesional RODRIGO TRIANA RICCI para recibir tratamiento de

Curaciones POR TEO ; por los siguientes diagnósticos:

- FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA

## Enfermedad actual

## Enfermedad Actual

## Enfermedad Actual

PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO (OCTUBRE 21 2019) CON TRAUMA FACIAL + FX DE PLATILLO TIBIA BILATERAL SCHATZKER VI Y FIBULA DERECHA QUIEN REQUIRIO RA + OTS EN CLINICA VALLE DE LILI (22/10/2019) CON EVOLUCION FAVORABLE SE DIO EGRESO PERO 15 DIAS DESPUESA PRESENTO DEHISCENCIA DE SUTURAS A NIVEL DE EXTREMO SUPERIORE CARA INETRNA DE PIERNA DERECHA POR LO QUE RECONSULTO A PVL DONDE ES VALORADA POR ORTOEPDISTA QUIEN CONSIDERO QUE LA PACIENTE AMERITABA LAVADO Y DESBRIDAMIENTO PERO LA CUAL NO FUE AUTORIZADA, PERO SE REMITIO PARA VALROACION POR ORTOEPDIA DE CLINICA DE OCCIDENTE DONDE ES VALORADA POR URGENCIAS EN CLICNAI DE DONDE DONDE ES VALORADA POR INFECOTLGOIA + ORTOPEdia QUIENES CONSIDERAN TOMA DE CULTIVO Y NO SE CONSDIERO PERTIENETE LAVADO, SE INICIO CURACIONES POR TEO + TERAPIA FISICA Y SE REMITIO PARA CONTINUAR PROCESO POR SALUD EN CASA... EN EL MOMENTO PACIENTE EN CAMA, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AUN NO HA INICIADO PROCESO DE TERAPIA FISICA, CURACION POR TEO EL DIA DE AYER EN CLINICA DE OCCIDENTE PROXIMA PARA EL DIA 4 DE DICIEMBRE

///ALERGCIOS: NIEGA CX: FX DE TIBIAL, FX DE HUMERO (2014)  
 FARMACOLOGICOS: NIEGA PATOLOGICOS: LIFEDEMA  
 OCUPACION: AUXILIAR DE FARMACIA

## Revisión por Sistemas

PACIENTE SE ENCUENTRA EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN EVENTOS TEMPORALES, SIN DESCOMPENSACION DE PATOLOGIAS DE BASE, CON HABITO INTESTINAL CADA DIA, SIN SINTOMAS URINARIOS, NO DISURIA, NO COLURIA, NO PRESENTA CAMBIOS NEUROLOGICOS, NIEGA ALTERACION EN EL SUEÑO, NO LESIONES EN PIEL, TOLERANDO LA VIA ORAL

## Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta | Patología                   | Presenta |
|----------------------------------|----------|-----------------------------|----------|
| Diabetes Mellitus                | No       | Trastorno de la Coagulación | No       |
| Hipertensión Arterial            | No       | Cáncer                      | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       | VIH                         | No       |
| Insuficiencia Renal Crónica      | No       | Enfermedad Tiroidea         | No       |

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

2. The second part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

3. The third part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

4. The fourth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

5. The fifth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

6. The sixth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

7. The seventh part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

Asma No  
 Epoc No  
 Epilepsia No

Trastorno Del Tracto Digestivo No  
 Trastorno Psiquiátrico No

### Antecedentes Alérgicos

relata alergias

### Antecedentes Quirúrgicos

relata procedimientos

### Antecedentes ginecobstétricos

Embarazo años 11 año(s) FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

formación de embarazos previos

número de embarazos previos 0

Observaciones ginecobstétricas PUR "HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

### Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 155 cm

Signos Vitales Frecuencia cardíaca: 78 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 80, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 93.33

Otros signos vitales Sitio de toma de temperatura: Axilar

Estado general del paciente PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS O DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Cabeza y Cuello MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS, SIN INGURGITACION YUGULAR

Corazón RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE BUENA TONALIDAD, NO SOPLO AUDIBLES, TORAX SIMETRICOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE NO USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, NO RUIDOS AGREGADOS

Tracto gastrointestinal ABDOMEN BLANDO, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

Genitourinario PUÑO PERCUSION LUMBAR BILATERAL NEGATIVO

Musculoesquelético INMOVILES, SIMETRICAS, LINFEDEMA BILATERAL GENERALIZADO

Extremidades JEZA 3/5 AMA RODILLAS HASTA 30 GRADOS

Neurológicos ALERTA, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

Signos vasculares periféricos PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 3 SEG, SIN SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENOSA

Herida y anexos (REGISTO FOTOGRAFICO) AHORA HERIDA CUBIERTA CON APOSITO—HERIDA DE MAS O MENOS 3 CM EN CARA LATERAL TERCIO SUPERIOR DE PIERNA DERECHA CON 1 CM DE PROFUNDIDAD, CON FIBRINA SIN TEJIDO NECROTICO, NO SUPURACION

### Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO (OCTUBRE 21 2019) CON TRAUMA FACIAL + FX DE PLATILLO TIBIA BILATERAL SCHATZKER VI Y FIBULA DERECHA QUIEN REQUIRIO RA + OTS CON POSTERIOR DESHICENCIA DE SUTURA EN PIERNA DERECHA, EN ULTIMO CONTROL CON ORTOPEDISTA SE INDICIO CURACIONES POR TEO + INICIO DE TERAPIA FISICA, EN EL MOMENTO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES AFEBRIL TOELRNAOD LA VIA ORAL, POR LO CUAL SE DEICDE DJAR IGUAL MANEJO Y CONTROL SEGUN PERTINENCIA DE TERAPIAS SE EXPLICA A PACIENTE

CONDUCTA A SEGUIR

**Notas de expectativas y metas:** ORDENES MEDICAS

1. INGRESO EVENTO TEMPORAL

2. VALORACION POR TERAPIA FISICA

3. VALORACION POR TEO (CURACION VIERNES)

4. VISITA MEDICA SEGUN PROGRAMACION DE TERAPIA FISICA

ANDRA GOMEZ

1. The first part of the report is a general introduction to the subject of the study. It discusses the importance of the study and the objectives of the research.

2. The second part of the report is a detailed description of the methodology used in the study. It includes information about the sample size, the data collection methods, and the statistical analysis techniques.

3. The third part of the report is a discussion of the results of the study. It presents the findings of the research and compares them with the previous studies in the field.

4. The fourth part of the report is a conclusion and a list of references. The conclusion summarizes the main findings of the study and provides recommendations for future research. The references list the sources of information used in the study.

5. The fifth part of the report is an appendix containing additional information that supports the findings of the study. This may include raw data, detailed calculations, or additional statistical analyses.

6. The sixth part of the report is a bibliography of the literature related to the study. It provides a comprehensive list of the sources of information used in the study.

7. The seventh part of the report is a list of abbreviations and a glossary of terms. This helps to clarify the meaning of the words and symbols used in the report.

8. The eighth part of the report is a list of figures and tables. These provide a visual representation of the data and the results of the study.

9. The ninth part of the report is a list of footnotes. These provide additional information about the sources of information used in the study.

10. The tenth part of the report is a list of appendices. These contain additional information that supports the findings of the study.

11. The eleventh part of the report is a list of references. This provides a comprehensive list of the sources of information used in the study.

12. The twelfth part of the report is a list of abbreviations and a glossary of terms. This helps to clarify the meaning of the words and symbols used in the report.

13. The thirteenth part of the report is a list of figures and tables. These provide a visual representation of the data and the results of the study.

14. The fourteenth part of the report is a list of footnotes. These provide additional information about the sources of information used in the study.

15. The fifteenth part of the report is a list of appendices. These contain additional information that supports the findings of the study.

16. The sixteenth part of the report is a list of references. This provides a comprehensive list of the sources of information used in the study.

17. The seventeenth part of the report is a list of abbreviations and a glossary of terms. This helps to clarify the meaning of the words and symbols used in the report.

18. The eighteenth part of the report is a list of figures and tables. These provide a visual representation of the data and the results of the study.

19. The nineteenth part of the report is a list of footnotes. These provide additional information about the sources of information used in the study.

20. The twentieth part of the report is a list of appendices. These contain additional information that supports the findings of the study.



Salud En Casa Cali (83)  
Ingreso paliativos Domiciliario  
Fecha de la atención 04/12/2019 09:55



|   |                     |                  |
|---|---------------------|------------------|
| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico |
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido | BILATERAL        |

Recomendaciones

Recomendaciones: SE EXPLICA COMO FUNCIONA SALUD EN CASA Y SE INFORMA ACRECA DE LA LINEA UNICA PARA NOTIFICAR CUALQUIER ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

Atención externa y finalidad

|                         |                    |                          |           |
|-------------------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| Atención externa        | Enfermedad general | Finalidad de la consulta | No aplica |
| Observación de paciente | No                 |                          |           |

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Exámenes diagnósticos

Revisión

Recomendaciones

SE EXPLICA COMO FUNCIONA SALUD EN CASA Y SE INFORMA ACRECA DE LA LINEA UNICA PARA NOTIFICAR CUALQUIER ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

Información del profesional

DR. FERNANDA GOMEZ GUEVARA

1061684975

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA Registro 1904708

100

100

100

100

100

100

100

# FORMATO ÚNICO DE REMISIÓN AL SERVICIO DOMICILIARIO SALUD EN CASA

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana



## DATOS DEL PACIENTE

|  |   |  |                               |
|--|---|--|-------------------------------|
| Nombres y Apellidos<br><b>JACOL FERNANDA UZANO RAMIREZ</b>     |   | Edad<br><b>31</b>                                      | Sexo<br><b>Fem</b>            |
| Identificación y Tipo de Identificación<br><b>CC. 31484037</b> | Dirección de atención (Apto, bloque, manzana, urbanización)<br><b>Cra 117 38-86</b> | Municipio<br><b>Cali</b>                               | Barrio<br><b>EL TROPICAL</b>  |
| Teléfono Fijo<br><b>NO 5095</b>                                | Teléfono Celular<br><b>3206799314</b>   | Nombre del cuidador del paciente<br><b>JUAN TORRES</b> | Teléfono<br><b>3017502485</b> |
| Nombre del responsable del paciente<br><b>JUAN TORRES</b>      |   | Teléfono<br><b>3017502485</b>                          | Parentesco<br><b>Esposo</b>   |

## DATOS DEL ASEGURADOR

|  |                        |  |   |
|--|------------------------|--|---|
| Tipo de Asegurador<br><input checked="" type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> ARP <input type="checkbox"/> Seguros Sura <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> Convenio Esp. <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> |                        | Plan de Salud<br><input checked="" type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Mediplan <input type="checkbox"/> Póliza <input type="checkbox"/> Medicina Prepagada <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |   |
| Para Medicina Prepagada<br>Nº de Contrato  | Código de Autorización | Para ARP<br>Nº del Siniestro   | Código de Autorización  |
| Para Póliza<br>Nº de la Póliza   | Código de Autorización | Cedula del Tomador   | TIENE TUTELA PACIENTES POS<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

## DATOS DE LA REMISIÓN

|   |                     |   |   |
|---|---------------------|---|---|
| Fecha de la Remisión  | Hora de la Remisión | Fecha del Egreso del Paciente                   | Hora<br>A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/> |
| Nombre del Médico Remitente   |                     | Especialidad                                    |   |
| Correo electrónico del medico remitente   |                     | Teléfonos (fijo y Celular) del medico remitente |   |
| Origen de la Enfermedad<br><input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Evento Catastrófico <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |                     |   |   |
| Diagnostico de Hospitalización Domiciliaria<br><b>Delusencia sutura pierna derecha</b>  |                     | Código CIE 10<br><b>7988</b>                    |   |
| Diagnosticos Asociados<br><b>POP. RA + OST Tx. platis fibrilares bilateral</b>  |                     |   |   |

## Resumen de la historia Clínica

Paciente con delusencia sutura pierna derecha con ulcera limpia, con orden de ortopedia para control @ TEO ambulatorio.

## PLAN DE MANEJO POR EL SERVICIO DOMICILIARIO

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aplicación de medicamentos IV/IM/SC<br><input type="checkbox"/> Instalación de Líquidos venosos<br><input type="checkbox"/> Canalización de accesos venosos<br><input checked="" type="checkbox"/> Curaciones <b>curaciones @ equipo TEO.</b><br><input type="checkbox"/> Manejo de sondas y/o catéter<br><input type="checkbox"/> (SNG/Gastrostomía/Vesical/Tórax/Catéter venoso central/PICC)<br><input type="checkbox"/> Manejo de Ostomías<br><input type="checkbox"/> Nebulizaciones<br><input type="checkbox"/> Tratamiento con Oxígeno<br><input type="checkbox"/> Ingreso al programa Bebe canguro/neonato de alto riesgo | <input type="checkbox"/> Valoración para ingresar a Permanentes Y/O Sanar<br><input type="checkbox"/> Manejo de nutrición enteral /parenteral<br><input checked="" type="checkbox"/> Realización de Terapias Físicas<br><input type="checkbox"/> Realización de Terapias Respiratorias<br><input type="checkbox"/> Realización de Terapia de Lenguaje<br><input type="checkbox"/> Instalación (lámpara de Fototerapia<br><input type="checkbox"/> Colocación de Enemas<br><input type="checkbox"/> Instalación de tracciones<br><input type="checkbox"/> Otros _____ |
|--|--|

# APLICACIÓN DE MÉDICAMENTOS

|  | Medicamento 1   | Medicamento 2   | Medicamento 3   | Medicamento 4   | Medicamento 5   |
|--|---|---|---|---|---|
| Nombre del Medicamento                           |   |   |   |   |   |
| Dosis  |   |   |   |   |   |
| Vía  | IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> |
| Frecuencia                                       |   |   |   |   |   |
| Duración del Tratamiento                         |   |   |   |   |   |
| Fecha y Hora de la Aplicación de la Última Dosis |   |   |   |   |   |
| Prueba de Sensibilidad                           | Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>  |   |   |   |   |

## NEBULIZACIONES

|  | Medicamento 1 | Medicamento 2 | Medicamento 3 | Medicamento 4 | Medicamento 5 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Nombre del Medicamento                 |               |               |               |               |               |
| Dosis [En gotas/centímetros]           |               |               |               |               |               |
| Diluyente                              |               |               |               |               |               |
| Frecuencia                             |               |               |               |               |               |
| Fecha y hora de la última nebulización |               |               |               |               |               |
| Duración del tratamiento               |               |               |               |               |               |

## OXIGENOTERAPIA

Medio de Administración

Cánula de Oxígeno ☐ Mascarilla de Reinalación ☐ Mascarilla de NO Reinalación ☐ Ventury ☐ Cámara de Hood ☐ Traqueostomía ☐ Oxígeno Nebulizado ☐

Dosis ☐ Lts/min Ventury al ☐ 28%, ☐ 35%, ☐ 50%, ☐ 100%

Tiempo y Duración del Tratamiento

Horas al día de uso ☐ Temporal N° de días ☐ Indefinido

## CURACIONES

Valoración por Clínica de Heridas y Posterior Definición del Plan de Manejo.

**EQUIPO TERAPIA ESPECIALISTA EN HERIDAS.**

Ubicación de la Herida: **Intracondílea pierna derecha.**

Frecuencia de la Curación: **Diario** Cada **3** días, Fecha de la próxima curación: **06 DICIEMBRE**

Productos Utilizados en la Curación: **Terapia húmeda.**

## OTROS TRATAMIENTOS POR EL SERVICIO DOMICILIARIO

Fototerapia

Días de tratamiento ☐ Último resultado de las Bilirrubinas indirectas ☐ Hemoclasificación y Rh del bebé ☐

Tiraciones

Parte del cuerpo ☐ Tipo de tracción: Esquelética ☐ Tejidos Blandos ☐ Peso ☐ Kg Duración del Tratamiento ☐

Frecuencia de las terapias ☐

Terapias ☒ Física ☐ Respiratorias ☐ Lenguaje ☐ Empalme por Salud en Casa ☐

Plan Canguro y neonato de alto riesgo

Fecha de nacimiento ☐ Peso al nacer ☐ Edad gestacional ☐ Peso al alta ☐ Talla al alta ☐

Actividades adicionales no contempladas ☐

Nombre del Médico

**L. Piñes P. Leonardo Flores P.**  
Médico General  
C.R.V. LIBRE  
19-2604

Firma del médico remitente

31484077

Imp/192168.10030/SIS-claves/Resumen/CD/Imp



COMUNA DE OCCIDENTE  
Código de región

## RESUMEN

|                                   |   |                                    |                  |                          |         |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|------------------|--------------------------|---------|
| NOMBRE: PAOLA<br>A. GONZALEZ      | PERMANENTE                              | IDENTIFICACION: CC 31484077        | CC 31484077 - CC | EDAD: 37 Años            | SEXO: F |
| FECHA DE NACIMIENTO: 12/01/1980   | RESIDENCIA: CRA 10 NO 1436 B<br>TROMCAL | TELÉFONO: 312 512 1267/314 1267912 |                  | VALLE<br>CAUCA-GAL       | DEL     |
| PLAN REPRESENTATIVOS: SIN SEPARAR |   |                                    |                  | TIPO<br>AFILIADO: Comuna |         |

### EVOLUCIONES

FECHA: 2019-12-03 - HORA: 14:25 - LOPEZ NIVERA SANDRA CAROLINA - ESPECIALIDAD: TERAPIA ENTEROSTOMAL

|                      |  |
|----------------------|--|
| TERAPIA ENTEROSTOMAL | <p>VALOR: PACIENTE EMERGENTE DE 37 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA CUTÁNEA PIELA DERECHA 2 POR FALLAS EN PLANTILLAS TERAPIAS BILATERAL Y EN LA DER. DERECHA.</p> <p>PACIENTE REFIERE QUE LE REALIZABAN DRENajes LOCATOS TUVO CONTROL CON O VASCELAS.</p> <p>PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE Y ORIENTADA.</p>  |
| PREVIA               | <p>PREVIA HERIDA DE MANOS Y USO DE BAYTERAS RETRO APOSTOS DE HERIDA INTERNA DERECHA ORSERVY HERIDA DE BOMBAS CON DEFICIENCIA EN BORDE SIATL DE UNOS AÑOS DE DIAMETRO CIRCULAR DE PROFUNDIDAD EN LOS BOMBAS CON TENDIDO ADPOSITO DESVITALIZADO, NO HAY SECRECIÓN, NO HAY CALOR LOCAL, NO HAY DOLOR, CON TENDIDO EXTERIOR REALIZO LAVADO ANTISEPTICO CON SOLUCION SALINA MANARONCEZ ORSERVY RETRO PARCIALMENTE TENDIDO DESVITALIZADO, LAVO NUEVAMENTE CON SOLUCION SALINA MANARONCEZ ORSERVY RETRO, COMO CAMBIO DE GUANTE TUBO NUESTRA PARA CULTIVO, INICIO TERAPIA CON BAYTERAS DE MANO - DAXODER, COMO INGRESOS CURSOS CON GASA ESTERILIZADA CON PLAN DE PACIENTE TOLERABLE PROCEDIMIENTO.</p> |
| VALOR                | <p>HERIDA QUIRURGICA INTERNA DERECHA DORSAL, A NIVEL DE BORDE SIATL DE LA HERIDA DE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS DE DIAMETRO CIRCULAR DE PROFUNDIDAD, NO SE PALPA MATERIAL D OSTEOSINTESIS, NO HAY FLEJE, NO HAY CALOR LOCAL, NO HAY SECRECIÓN, SE INICIA TERAPIA BAYTERA CON EL FIN DE INICIAR LISIS DE TENDIDO DESVITALIZADO, POR PARTE DE LA ESPECIALIDAD LA PACIENTE PUEDE TOLERAR CON PLAN DE CURACIONES EN SU DOMICILIO.</p>   |
| PLAN                 | <p>PLAN DE CUIDADO PARTIDO</p> <p>1. FAYOR ORDENAR CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA BAYTERA EN INTERNA DERECHA POR ESPECIALISTA EN HERIDAS, VINCULAR AL PERSONAL TIPO A PARA EL CUIDADO EN SU DOMICILIO.</p> <p>2. PROMOVER CURACIONES EL DIA VIERNES.</p> <p>3. NO MOJAR APÓSITOS.</p> <p>4. PERSISTENTE REPORTE OR CULTIVO.</p>   |

FECHA: 2019-12-03 - HORA: 14:14 - TRIANA RICCI RODRIGO - ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

|           |  |
|-----------|--|
| SUSPECTO  |  |
| OBJETIVO  |  |
| ANAMNESIS | <p>HERIDA QUIRURGICA INTERNA DERECHA DORSAL, A NIVEL DE BORDE SIATL DE LA HERIDA DE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS DE DIAMETRO CIRCULAR DE PROFUNDIDAD, NO SE PALPA MATERIAL D OSTEOSINTESIS, NO HAY FLEJE, NO HAY CALOR LOCAL, NO HAY SECRECIÓN, SE INICIA TERAPIA BAYTERA CON EL FIN DE INICIAR LISIS DE TENDIDO DESVITALIZADO, POR PARTE DE LA ESPECIALIDAD LA PACIENTE PUEDE TOLERAR CON PLAN DE CURACIONES EN SU DOMICILIO, ADICIONALMENTE INICIA MONITOREO PARA QUE NO SE DARIEN ABIS HASTA NO VER LOS CULTIVOS.</p> |
| PLAN      | <p>1. SOLIDA POR ORTOPEDIA.</p> <p>2. TIO POR HOME CARETOS POR SEMANA POR SEMANA.</p> <p>3. CITAS A SU EPS POR ORTOPEDIA.</p>  |

MEDICO





## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Paola Fernanda Lozano Ramirez**

Identificación: **CC 31484077** Fecha de nacimiento: **17-09-1980** Edad: **39 años (Adultez)** Sexo: **Femenino**

Tipo de afiliación: **POS**  
 Teléfono fijo: **3926570**  
 Estado civil: **Casado**  
 Departamento: **VALLE DEL CAUCA**  
 Otro teléfono fijo: **3186195578**  
 Ocupación: **Independiente**  
 Municipio: **CAU**

Dirección: **CR 11 F 38-86**  
 Correo electrónico: **gempresarialessas@gmail.com**

## Datos del acompañante

Nombre acompañante: **JUAN EDUARDO TORRE**  
 Teléfono acompañante: **3206799314**

Parentesco acompañante: **Cónyuge**

## Motivo de Consulta

CONTROL EVENTO TEMPORAL - ZONA CENTRO - DOMICILIO CRA 11F NO 38-86 BARRIO EL TRONCAL Paciente remitido de CLINICA DE OCCIDENTE por el profesional RODRIGO TRIANA RICCI para recibir tratamiento de Curaciones POR TEO; por los siguientes diagnósticos: - FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA

## Enfermedad actual

## Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO (OCTUBRE 21/2019) CON TRAUMA FACIAL + FX DE PLATILLO TIBIA BILATERAL SCHATZKER VI Y FIBULA DERECHA QUIEN REQUIRIO RA + OTS EN CLINICA VALLE DE LILI (22/10/2019) CON POSTERIOR DEHISCENCIA DE SUTURAS A NIVEL DE EXTREMO SUPERIOR EN CARA INTERNA DE PIERNA DERECHA POR LO QUE RECONSULTO A FVL Y FUE REMITIDA PARA VALORACION POR ORTOPEdia PERO EN CLINICA DE OCCIDENTE DONDE ES VALORADA Y SE DEICNO MANEJO CONJUNTO CON INFECOTLGOIA + ORTOPEdia QUIENES CONSIDERAN TOMA DE CULTIVO Y NO SE CONSIDERO PERTINENTE LAVADO, SE INICIO CURACIONES POR TEO + TERAPIA FISICA Y POR ESTABILIDAD CLINCA SE REMITE PARA CONTINUAR MANEJO Y SEGUIMIENTO POR SALUD EN CASA.... ULTIMA SESION DE TERAPIA FISICA EL DIA (11/12/2019) POR LORENA QUIEN CONSIDERA " SE CONSIDERA PERTINENCIA DE TERAPIA FISICA 3 VECES A LA SEMANA POR 10 SESIONES ".....ADICIONAL EN CURACIONES POR TEO ULTIM EL DIA 10/12/2019 Herida 1:Herida en rodilla derecha de origen Quirúrgica, Superficial de grado I, con exudado Seroso Abundante, piel perilesional Macerada, herida con granulación 0%,fibrina 100%,esfuerzo 0%,necrótico 0%,epitelio 0%,malla 0%,oseo 0%. Sin signos de infección, sin edema, sin cavidad. Dimensión de la herida 2 cm de largo x 2 cm de ancho x 1 cm de profundidad. No requiere cultivo

## Revisión por Sistemas

PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, NIEGA FIEBRE, NIEGA ESCALOFRIO, SIN EMESIS, NIEGA NAUSEAS, NIEGA DOLOR TORACICO , NI DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NO DOLOR ABDOMINAL, NOSINTOMAS URINARIOS, NO EDEMAS CON BUEN PATRON DEL SUEÑO, BUENOS HABITOS GASTROINTESTINALES, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL Y AL ATB,

## Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presente | Patología                      | Presente |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Diabetes Mellitus                | No       | Trastorno de la Coagulación    | No       |
| Hipertensión Arterial            | No       | Cáncer                         | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       | VIH                            | No       |
| Insuficiencia Renal Crónica      | No       | Enfermedad Tiroidea            | No       |
| Asma                             | No       | Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Epoc                             | No       | Trastorno Psiquiátrico         | No       |

[illegible]

• • • • •

• • • • •

Figure 1. The effect of the number of trials on the number of correct responses. The number of correct responses was plotted against the number of trials for each participant. The number of correct responses increased with the number of trials, and the increase was more pronounced for the high group than for the low group.

[illegible]

Figure 1 consists of two scatter plots. The left plot shows a positive correlation between the number of children and the number of mothers, with a regression line. The right plot shows a negative correlation between the number of children and the number of mothers, with a regression line.

the 1990s, the number of people in the world who are under 15 years of age is expected to increase from 1.1 billion to 1.5 billion. The number of people aged 65 and over is expected to increase from 200 million to 400 million. The number of people aged 15 and over is expected to increase from 3.5 billion to 4.5 billion. The number of people aged 15 and over is expected to increase from 3.5 billion to 4.5 billion. The number of people aged 15 and over is expected to increase from 3.5 billion to 4.5 billion.

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

1. *What is the purpose of the study?*  
 2. *What are the research objectives?*  
 3. *What is the research methodology?*  
 4. *What are the results of the study?*  
 5. *What are the conclusions of the study?*  
 6. *What are the limitations of the study?*  
 7. *What are the implications of the study?*  
 8. *What are the future research directions?*  
 9. *What are the contributions of the study?*  
 10. *What are the key findings of the study?*  
 11. *What are the main results of the study?*  
 12. *What are the primary outcomes of the study?*  
 13. *What are the secondary outcomes of the study?*  
 14. *What are the tertiary outcomes of the study?*  
 15. *What are the quaternary outcomes of the study?*  
 16. *What are the quinary outcomes of the study?*  
 17. *What are the senary outcomes of the study?*  
 18. *What are the septenary outcomes of the study?*  
 19. *What are the octenary outcomes of the study?*  
 20. *What are the nonary outcomes of the study?*  
 21. *What are the decenary outcomes of the study?*  
 22. *What are the undecenary outcomes of the study?*  
 23. *What are the duodecenary outcomes of the study?*  
 24. *What are the tredecenary outcomes of the study?*  
 25. *What are the quattuordecenary outcomes of the study?*  
 26. *What are the quindecenary outcomes of the study?*  
 27. *What are the sexdecenary outcomes of the study?*  
 28. *What are the septendecenary outcomes of the study?*  
 29. *What are the octodecenary outcomes of the study?*  
 30. *What are the nonodecenary outcomes of the study?*  
 31. *What are the vigintenary outcomes of the study?*  
 32. *What are the unvigintenary outcomes of the study?*  
 33. *What are the bivigintenary outcomes of the study?*  
 34. *What are the trivigintenary outcomes of the study?*  
 35. *What are the quadvigintenary outcomes of the study?*  
 36. *What are the quinvigintenary outcomes of the study?*  
 37. *What are the sexvigintenary outcomes of the study?*  
 38. *What are the septenvigintenary outcomes of the study?*  
 39. *What are the octovigintenary outcomes of the study?*  
 40. *What are the nonavigintenary outcomes of the study?*  
 41. *What are the vigintigintenary outcomes of the study?*  
 42. *What are the unvigintigintenary outcomes of the study?*  
 43. *What are the bivigintigintenary outcomes of the study?*  
 44. *What are the trivigintigintenary outcomes of the study?*  
 45. *What are the quadvigintigintenary outcomes of the study?*  
 46. *What are the quinvigintigintenary outcomes of the study?*  
 47. *What are the sexvigintigintenary outcomes of the study?*  
 48. *What are the septenvigintigintenary outcomes of the study?*  
 49. *What are the octovigintigintenary outcomes of the study?*  
 50. *What are the nonavigintigintenary outcomes of the study?*  
 51. *What are the vigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 52. *What are the unvigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 53. *What are the bivigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 54. *What are the trivigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 55. *What are the quadvigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 56. *What are the quinvigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 57. *What are the sexvigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 58. *What are the septenvigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 59. *What are the octovigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 60. *What are the nonavigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 61. *What are the vigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 62. *What are the unvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 63. *What are the bivigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 64. *What are the trivigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 65. *What are the quadvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 66. *What are the quinvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 67. *What are the sexvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 68. *What are the septenvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 69. *What are the octovigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 70. *What are the nonavigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 71. *What are the vigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 72. *What are the unvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 73. *What are the bivigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 74. *What are the trivigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 75. *What are the quadvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 76. *What are the quinvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 77. *What are the sexvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 78. *What are the septenvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 79. *What are the octovigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 80. *What are the nonavigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 81. *What are the vigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 82. *What are the unvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 83. *What are the bivigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 84. *What are the trivigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 85. *What are the quadvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 86. *What are the quinvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 87. *What are the sexvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 88. *What are the septenvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 89. *What are the octovigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 90. *What are the nonavigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 91. *What are the vigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 92. *What are the unvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 93. *What are the bivigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 94. *What are the trivigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 95. *What are the quadvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 96. *What are the quinvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 97. *What are the sexvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 98. *What are the septenvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 99. *What are the octovigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 100. *What are the nonavigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*

[illegible]

Figure 1 is a 3D scatter plot showing the distribution of 1000 simulated data points. The axes are labeled  $x$ ,  $y$ , and  $z$ . The points are clustered in a way that suggests a non-linear relationship between the variables.

[illegible][illegible][illegible]

the  $\beta$  phase of the polymer. The  $\beta$  phase is the most important phase in the polymer, as it is the phase that is most responsible for the mechanical properties of the polymer. The  $\beta$  phase is a crystalline phase, and its presence in the polymer is a key factor in determining the mechanical properties of the polymer. The  $\beta$  phase is a crystalline phase, and its presence in the polymer is a key factor in determining the mechanical properties of the polymer.

[illegible]

1. *Pharmaceutical industry* – The pharmaceutical industry is the largest of the three industries, with sales of \$10.5 billion in 1997. It is the only industry in the sample that has a significant presence in all three markets. The industry is characterized by a high degree of concentration, with the top 10 firms accounting for 40% of sales. The industry is also characterized by a high degree of innovation, with a large number of new drugs being developed each year.

Salud En Casa Cali (83)  
Atención paliativos Domiciliario  
Fecha de la atención 12/12/2019 10:34



Alergia: No

Antecedentes Alérgicos

Antecedentes de alergias

Antecedentes Quirúrgicos

Antecedentes de procedimientos

Antecedentes ginecobstétricos

Edad: 39 años 11 año(s)

FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

Historia de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

Historia del embarazo actual

Embarazada No

Exámenes ginecobstétricos FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

Examen físico

Exámenes Antropométricos Talla: 155 cm

Vitales Frecuencia cardíaca: 89 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Arterial Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 86.67

Signos vitales Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 98 %

General del paciente BUENAS CONDICIONES GENERALES NO SIRS, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA

Cuello MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE BUENA TONALIDAD, NO SOPLO AUDIBLES, TORAX SIMETRICOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE NO USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, NO RUIDOS AGREGADOS

Intestinal ABDOMEN BLANDO, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

Urinario PUÑO PERCUSION LUMBAR BILATERAL NEGATIVO

Muscular MOVILES, SIMETRICAS, SIN EDEMA ATROFIA MUSCULAR FUERZA 3/5

Neurológicos ALERTA, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

Reflexos periféricos PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 3 SEG, SIN SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENOSA

Signos de infección NO RASH

Heridas CUBIERTA CON APOSITO LIMPO SECO

Diagnóstico y plan

Diagnóstico y plan: PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO (OCTUBRE 21 2019) CON TRAUMA FACIAL + FX DE PLATILLO TIBIA BILATERAL SCHATZKER VI Y FIBULA  
HA QUIEN REQUIRIO RA + OTS EN CLINICA VALLE DE LILI (22/10/2019) CON POSTERIOR DEHISCENCIA DE SUTURAS SIN REQUIMEITNO DE LAVDA NI DEBRIDAMIENTO CON CULTIVO NEGATIVO POR LO CUAL SE  
O MANEJO CON TEO ADEMAS DE INICIO DE TERAPIAS FISICAS, EN MANEJO POR SALUD EN CASA CON PERTINENCIA DE 10 SESIONES MAS INTERDIARIA POR TERPIA FISICA + CHER, ULTIMA CURACION EL DIA 10/12/2019 Y  
MA PARA EL DIA 14 DE DICIEMBRE, POR AHORA IGUAL MANEJO MEDICO, PENDIENTE CITA CON ORTOPEDIA PARA DEFINIRI NUEVO PLAN A SEGUIR

Expectativas y metas: ORDENES MEDICAS

CONTROL EVENTO TEMPORAL

CONTINUA CON TERAPIA FISICA

CONTINUA CON CURACIONES POR TEO

COMENZ

| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico |
|---|---------------------|------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido | BILATERAL        |

[illegible][illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are under 15 years of age is expected to increase from 1.1 billion to 1.5 billion. The number of people aged 65 and over is expected to increase from 200 million to 400 million. The number of people aged 15 and over is expected to increase from 3.5 billion to 4.5 billion. The number of people aged 15 and over is expected to increase from 3.5 billion to 4.5 billion. The number of people aged 15 and over is expected to increase from 3.5 billion to 4.5 billion.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

[illegible]

the 1990s, the number of people in the United States who are 65 years of age or older is projected to increase from 20 million to 35 million, and the number of people 75 years of age or older is projected to increase from 10 million to 15 million (U.S. Census Bureau, 1996). The number of people 85 years of age or older is projected to increase from 2 million to 4 million (U.S. Census Bureau, 1996). The number of people 90 years of age or older is projected to increase from 500,000 to 1 million (U.S. Census Bureau, 1996). The number of people 95 years of age or older is projected to increase from 100,000 to 200,000 (U.S. Census Bureau, 1996). The number of people 100 years of age or older is projected to increase from 10,000 to 20,000 (U.S. Census Bureau, 1996).

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The concentration of the *Agrobacterium* suspension was 10<sup>6</sup> cells/ml (○), 10<sup>7</sup> cells/ml (□), 10<sup>8</sup> cells/ml (△), 10<sup>9</sup> cells/ml (◇), and 10<sup>10</sup> cells/ml (×). The error bars represent the standard deviation of three independent experiments.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 750 million to 850 million. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 900 million by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 950 million by the year 2020. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1 billion by the year 2025. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.1 billion by the year 2030. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.2 billion by the year 2035. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.3 billion by the year 2040. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.4 billion by the year 2045. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.5 billion by the year 2050. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.6 billion by the year 2055. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.7 billion by the year 2060. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.8 billion by the year 2065. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.9 billion by the year 2070. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2 billion by the year 2075. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.1 billion by the year 2080. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.2 billion by the year 2085. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.3 billion by the year 2090. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.4 billion by the year 2095. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.5 billion by the year 2100.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

1. *How much time do you spend on the Internet each week?*  
 2. *How much time do you spend on the Internet each day?*  
 3. *How much time do you spend on the Internet each hour?*

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased by 100 million. The number of people who are illiterate in the world is now 1 billion. The number of people who are illiterate in the world is now 1 billion.

the  $\beta$  phase of the polymer. The  $\beta$  phase is the most important phase in the polymer, as it is the phase that is most responsible for the mechanical properties of the polymer. The  $\beta$  phase is the phase that is most responsible for the mechanical properties of the polymer. The  $\beta$  phase is the phase that is most responsible for the mechanical properties of the polymer.

[illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.7 billion by the year 2015.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.9 billion by the year 2020. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.1 billion by the year 2025. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.3 billion by the year 2030. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.5 billion by the year 2035. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.7 billion by the year 2040. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.9 billion by the year 2045. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 3.1 billion by the year 2050. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 3.3 billion by the year 2055. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 3.5 billion by the year 2060. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 3.7 billion by the year 2065. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 3.9 billion by the year 2070. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 4.1 billion by the year 2075. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 4.3 billion by the year 2080. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 4.5 billion by the year 2085. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 4.7 billion by the year 2090. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 4.9 billion by the year 2095. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 5.1 billion by the year 2100.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.

1. *Chlorophyll *a** and *Chlorophyll *b** were determined by the method of Arar and Collins (1971). The *Chlorophyll *a** and *Chlorophyll *b** contents were expressed as  $\mu\text{g g}^{-1}$  of dry weight.

Salud En Casa Cali (83)  
Revisión paliativos Domiciliario  
Fecha de la atención 12/12/2019 10:34



## Recomendaciones

Recomendaciones: SE EXPLICA COMO FUNCIONA SALUD EN CASA Y SE INFORMA ACRECA DE LA LINEA UNICA PARA NOTIFICAR CUALQUIER ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

## Causa externa y finalidad

|                              |                    |                          |           |
|------------------------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| Causa externa                | Enfermedad general | Finalidad de la consulta | No aplica |
| Alta de paciente observación |                    |                          |           |
| ¿Egresó?                     | No                 |                          |           |

## Conducta final

## Prescripción de medicamentos

## Ayudas diagnósticas

## Remisión

## Recomendaciones

SE EXPLICA COMO FUNCIONA SALUD EN CASA Y SE INFORMA ACRECA DE LA LINEA UNICA PARA NOTIFICAR CUALQUIER ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

## Información del profesional

YENNY FERNANDA GOMEZ GUEVARA

CC 1061684975

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA Registro 1904708

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100



Información básica del paciente y la atención

Plan:

POS

Paciente: Fernanda Lozano Ramirez

Identificación  
CC 31484077

Fecha de nacimiento  
17-09-1980

Edad  
39 años(Adultez)

Sexo  
Femenino

Centro de afiliación

Teléfono fijo

Estado civil

Departamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
Independiente

Municipio  
CAU

Dirección  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico  
gempresarialessas@gmail.com

Historia de Consulta

Historia de tránsito 21.10.19 caída de moto. atención urgencias en FCVL.

Placa bilateral de platillos tibiales al parecer cerradas, qx 22.10.19 dr torres ( RAFI doble placa bilateral).

Presencia de sutura medial de la pierna derecha ahora en manejo por TEO.

Examen físico actual

En silla, panículos adiposos gruesos en ambas piernas, afebril, heridas en pierna izquierda cicatrizadas, en la pierna derecha a nivel del abordaje medial hay defecto de cobertura de aprox 3x2cm fondo limpio, no  
signos aparentes, no secreción, no exposición del material de OTS.

Historia del 2.12.19 fracturas de ambas rodillas reducidas, OTS luce en posición adecuada.

Tratamiento por Sistemas

Estado.

Antecedentes Patológicos

| Enfermedad                       | Presenta | Enfermedad                     | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Hipertensión Arterial            | No       | Epoc                           | No       |
| Diabetes Mellitus                | No       | Enfermedad Tiroidea            | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       | Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       | Epilepsia                      | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       | Trastorno Psiquiátrico         | No       |
| Enfermedad Renal Crónica         | No       | VIH                            | No       |
| Enfermedad Renal Crónica         | No       |                                |          |

Antecedentes Alérgicos

Alérgicas

Antecedentes Quirúrgicos

Historia procedimientos

Antecedentes ginecobstétricos

Edad: 39 años 11 año(s)

RUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

Historia de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

Historia del embarazo actual

Embarazada No.

Exámenes ginecobstétricos FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

Examen físico

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

**Antropométricas** Peso: 80 kg, Talla: 157 cm, IMC: 32.46, Clasificación según IMC: Obesidad tipo I

**Signos vitales** Sitio de toma de temperatura: Axilar

**General del paciente** buen estado general.

**Diagnóstico y plan**

**de análisis y plan:** pop 2 meses , lo relevante ahora es dar solución al defecto de cobertura en pierna derecha, por lo que requiere valoración prioritaria por qx plastica para evitar progresión de la extensión y profundidad de la herida en pierna que exponga material o que genere una infección profunda ósea.

tener movilidad libre, el apoyo debe iniciarlo en 3 a 4 semanas, antes debe tener una rx para confirmar la evolución de la consolidación de las fracturas vaya siendo adecuada.

ga incapacidad 20.12.19 por 30 días.

**de expectativas y metas:** pop 2 meses , lo relevante ahora es dar solución al defecto de cobertura en pierna derecha, por lo que requiere valoración prioritaria por qx plastica para evitar progresión de la extensión y profundidad de la herida en pierna que exponga material o que genere una infección profunda ósea.

tener movilidad libre, el apoyo debe iniciarlo en 3 a 4 semanas, antes debe tener una rx para confirmar la evolución de la consolidación de las fracturas vaya siendo adecuada.

ga incapacidad 20.12.19 por 30 días.

mes.

| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico  |
|---|---------------------|---|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado nuevo    | bilateral   |
| Otros diagnósticos                                | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico  |
| S818-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA          | Confirmado nuevo    | defecto de cobertura en dehiscencia de sutura de pierna derecha |

**Recomendaciones**

**Recomendaciones:** pop 2 meses , lo relevante ahora es dar solución al defecto de cobertura en pierna derecha, por lo que requiere valoración prioritaria por qx plastica para evitar progresión de la extensión y profundidad de la herida en pierna que exponga material o que genera una infección profunda ósea.

tener movilidad libre, el apoyo debe iniciarlo en 3 a 4 semanas, antes debe tener una rx para confirmar la evolución de la consolidación de las fracturas vaya siendo adecuada.

ga incapacidad 20.12.19 por 30 días.

**Atención externa y finalidad**

**Atención externa y finalidad**

Atención externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

**Indicaciones**

**Prescripción de medicamentos**

**Exámenes diagnósticos**

| Examen | Tipo | Nombre  | Cantidad |
|--------|------|---|----------|
| 30     | pos  | RADIOGRAFIA DE TIBIA-PERONE (PIERNA) AP Y LATERAL COMPARATIVA | 1        |
| Examen | Tipo | Nombre  | Cantidad |
|        | pos  | EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS                           | 1        |

**Recomendaciones**

pop 2 meses , lo relevante ahora es dar solución al defecto de cobertura en pierna derecha, por lo que requiere valoración prioritaria por qx plastica para evitar progresión de la extensión y profundidad de la herida en pierna que exponga material o que genera una infección profunda ósea.  
puede tener movilidad libre, el apoyo debe iniciarlo en 3 a 4 semanas, antes debe tener una rx para confirmar la evolución de la consolidación de las fracturas vaya siendo adecuada.  
prorroga incapacidad 20.12.19 por 30 días.

**Formación del profesional**

1900

1901

1902

1903

1904

1905

1906

1907

1908

DR. ANDRES ABADIA SAAVEDRA

94489926

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro 76141004

100

100

100

100



**Información básica del paciente y la atención** Plan: POS

|   |   |                  |   |                                   |                          |                  |
|---|---|------------------|---|-----------------------------------|--------------------------|------------------|
| <b>Paola Fernanda Lozano Ramirez</b>  |   |                  | Identificación<br>CC 31484077   | Fecha de nacimiento<br>17-09-1980 | Edad<br>39 años(Adultez) | Sexo<br>Femenino |
| Tipo de afiliación<br>POS<br>Teléfono fijo<br>3847669<br>Estado civil<br>Casado | Departamento<br>VALLE DEL CAUCA<br>Otro teléfono fijo<br>3206799314<br>Ocupación<br>Independiente | Municipio<br>CAU | Dirección<br>CR 11 F 38-86<br>Correo electrónico<br>gempresarialessas@gmail.com |                                   |                          |                  |

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <b>Datos del acompañante</b>             |                                   |
| Nombre acompañante<br>JUAN EDUARDO TORRE | Parentesco acompañante<br>Cónyuge |
| Teléfono acompañante<br>3206799314       |                                   |

**Motivo de Consulta**

CONTROL EVENTO TEMPORAL - ZONA CENTRO - DOMICILIO CRA 11F NO 38-86 BARRIO EL TRONCAL Paciente remitido de CLINICA DE OCCIDENTE por el profesional RODRIGO TRIANA RICCI para recibir tratamiento de curaciones POR TEO ; por los siguientes diagnósticos: - FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA.

**Enfermedad actual**

**Enfermedad Actual**  
 PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTOCICLETA (OCTUBRE 21 2019) CON TRAUMA FACIAL + FX DE PLATILLO TIBIA BILATERAL SCHATZKER VI Y FIBULA DERECHA QUIEN REQUIRIO RA + OTS EN CLINICA VALLE DE LILI (22/10/2019) CON POSTERIOR DEHISCENCIA DE SUTURAS A NIVEL DE EXTREMO SUPERIOR EN CARA INTERNA DE PIERNA DERECHA FUE VALORADA POR ORTOPEdia PERO EN CLINICA DE OCCIDENTE DONDE Y SE DECIDIO MANEJO CONJUNTO CON INFECCIOLOGIA + ORTOPEdia QUIENES CONSIDERAN TOMA DE CULTIVO Y NO SE CONSIDERO PERTINENTE LAVADO, SE INICIO CURACIONES POR TEO + TERAPIA FISICA. EL DIA DE AYER 23 DE DICIEMBRE TUVO CONTROL CON ORTOPEdia QUE CONSIDERO 2 MESES DE POP. REFIERE QUE LO RELEVANTE ES SOLUCION AL DEFECTO DE COBERTURA EN PIERNA DERECHA POR LO QUE REQUIERE DE VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA PARA EVITAR PROGRESION DE LA EXTENSION Y PROFUNDIDAD DE HERIDA Y QUE SE EXPONGA ARTERIAL DE OTEOSISINTEsis O QUE SE GENERA INFECCION OSEA PROFUNDA, RECOMIENDA APOYO DE LA EXTREMIDAD EN 4 SEMANAS PREVIA RX DE TIBIA DONDE CONFIRME RESOLUCION DE FRACTURA. PACIENTE REFIERE ESTAR EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SIN DOLOR EN REPOSO, NO REFIERE SALIDA DE SECRECIONES POR HERIDA NI CAMBIOS INFLAMATORIOS.

**Revisión por Sistemas**

PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, NIEGA FIEBRE, NIEGA ESCALOFRIO, SIN EMESIS, NIEGA NAUSEAS, NIEGA DOLOR TORACICO NO DISNEA, NI DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NO DOLOR ABDOMINAL, NOSINTOMAS URINARIOS, NO EDEMAS CON BUEN PATRON DEL SUEÑO, BUENOS HABITOS GASTROINTESTINALES, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL

**Antecedentes Patológicos**

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Diabetes Mellitus                | No       | Trastorno de la Coagulación    | No       |
| Hipertensión Arterial            | No       | Cáncer                         | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       | VII                            | No       |
| Insuficiencia Renal Crónica      | No       | Enfermedad Tiroidea            | No       |
| Asma                             | No       | Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Alcoholismo                      | No       | Trastorno Psiquiátrico         | No       |
| Epilepsia                        | No       |                                |          |

1900

1901

1902

1903

1904

1905

1906

1907

1908

1909

1910

1911

1912

1913

1914

1915

1916

1917

1918

1919

1920

1921

1922

1923

Atención En Casa Cali (83)  
Atención paliativos Domiciliario  
Fecha de la atención 24/12/2019 07:49



Antecedentes Alérgicos

Antecedentes alergias

Antecedentes Quirúrgicos

Antecedentes procedimientos

Antecedentes ginecobstétricos

Edad 11 año(s)

RUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

Historia de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

Historia del embarazo actual

Embarazada No

Exámenes ginecobstétricos FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

Examen físico

Antropométricas Talla: 157 cm

Vitales Frecuencia cardiaca: 90 lpm, Frecuencia respiratoria: 20 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 110, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 83.33

Signos vitales Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 98 %

Examen general del paciente ACTUALMENTE PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SIGNOS DE SIRS NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ¿ NORMOTENSA NORMOCARDICA, NO LUCE TOXICA, AFEBRIL.

Cabeza y Cuello CONJUNTIVA ROSADA MUCOSA ORAL HUMEDA ESCLERAS ANICTERICAS

Ruidos Cardíacos RÍTMICOS NO SOPLOS PULMONES VENTILADOS NO PRESENTA SOBREGREGADOS.

Abdominal ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO DOLOR A LA PALPACION PERISTALTISMO PRESENTE.

Genitourinario DIURESIS ESPONTANEA PUÑO PERCUSION LUMBAR NEGATIVA.

Muscular PRESENTA EN PIERNA DERECHA TERCIO MEDIAL HERIDA DE 4 POR 4 CM PROFUNDA SIN CAMBIOS INFLAMATORIOS LOCALES

Neurológicos DESPIERTA ALERTA ORIENTADA NO PRESENTA DEFICIT NEUROLOGICO

Extremidades periféricas LLENADO VASCULAR PERIFERICO NORMAL.

Accesorios NO OTRAS LESIONES EN LA PIEL

Diagnóstico y plan

Examen de análisis y plan: CONTROL EVENTO TEMPORAL - ZONA CENTRO - DOMICILIO CRA 11F NO 38-86 BARRIO EL TRONCAL Paciente remitido de CLINICA DE OCCIDENTE por el profesional RODRIGO TRIANA RICCI para el tratamiento de Curaciones POR TEO ; por los siguientes diagnósticos: - FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA. PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE RECIBE CURACIONES EN CASA MAS TERAPIAS TIENE UN PLAN DE ORTOPEDIA DE APOYO EN 3 SEMANAS PREVIA TOMA DE RX DE PIERNA DERECHA , NO HA PRESENTADO ALTERACIONES NI SOBREENFECCIONES . CONTIUA POR AHORA EVENTO TEMPORAL.

Examen de expectativas y metas: CONTINUA CON EVENTO TEMPORAL

CONTINUA CON PLAN DE TERAPIAS ESTABLECIDO

CONTINUA CON CURACIONES POR CLÍNICA DE HERIDAS.

CONTROL MEDICO SEGÚN PERTINENCIA DE TERAPIAS

| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico |
|---|---------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido |

Atención externa y finalidad

Atención externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

Conducta final

[illegible][illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.

[illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 750 million to 850 million. The number of illiterate people in the world is still increasing, and the rate of illiteracy is still high. In 1990, the rate of illiteracy was 21.5% in the world, 27.5% in developing countries, and 35.5% in sub-Saharan Africa. In 2000, the rate of illiteracy was 21.5% in the world, 27.5% in developing countries, and 35.5% in sub-Saharan Africa. In 2010, the rate of illiteracy was 21.5% in the world, 27.5% in developing countries, and 35.5% in sub-Saharan Africa. In 2015, the rate of illiteracy was 21.5% in the world, 27.5% in developing countries, and 35.5% in sub-Saharan Africa. In 2020, the rate of illiteracy was 21.5% in the world, 27.5% in developing countries, and 35.5% in sub-Saharan Africa.

| Circumstance                  | Percentage (%) |
|-------------------------------|----------------|
| If someone is attacking you   | 85, 90, 95     |
| If someone is threatening you | 75, 80, 85     |
| If someone is harassing you   | 65, 70, 75     |
| If someone is insulting you   | 55, 60, 65     |
| If someone is annoying you    | 45, 50, 55     |

[illegible]

<sup>a</sup> The number of subjects who were included in each group was 10.

[illegible][illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.

the *Journal of the American Medical Association* (JAMA) and the *New England Journal of Medicine* (NEJM) are the most widely read journals in the field of medicine. The *JAMA* is published by the American Medical Association (AMA) and the *NEJM* is published by the Massachusetts Medical Society. Both journals are highly respected and are considered to be the gold standard in the field of medicine. The *JAMA* is a weekly journal and the *NEJM* is a weekly journal. Both journals are published in English and are available online. The *JAMA* is available at [www.jama-association.org](http://www.jama-association.org) and the *NEJM* is available at [www.nejm.org](http://www.nejm.org).

| Circumstance                  | Justified (%) | Not justified (%) |
|-------------------------------|---------------|-------------------|
| If someone is attacking you   | 85            | 15                |
| If someone is threatening you | 75            | 25                |
| If someone is harassing you   | 65            | 35                |
| If someone is insulting you   | 45            | 55                |
| If someone is annoying you    | 15            | 85                |

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.

1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 283: 2689-2693.

$\frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx = \frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx$

[illegible]

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The number of transformed cells was determined by the number of colonies on the selective medium. The data are the mean  $\pm$  SD of three independent experiments. The number of cells was expressed as  $10^6$  cells/ml.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

Figure 1. The effect of the number of trials on the number of correct responses. The number of correct responses was significantly higher than the number of incorrect responses in all cases. The number of correct responses was significantly higher than the number of incorrect responses in all cases. The number of correct responses was significantly higher than the number of incorrect responses in all cases.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

[illegible]

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

*Journal of Management Studies*, 40(6), 798–814.

Salud En Casa Cali (83)  
Revisión paliativos Domiciliario  
Fecha de la atención 24/12/2019 07:49



Descripción de medicamentos

Pruebas diagnósticas

Prescripción

Información del profesional

DR. FELIPE DORADO RAMIREZ

C 16918449

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA Registro 16918449

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.

[illegible][illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.



CLÍNICA DE OCCIDENTE  
(Cada día mejor!)

NIT: 890.300.513-3

## HISTORIA CLINICA

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <b>PACIENTE:</b> PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ           |   | <b>IDENTIFICACIÓN:</b> CC 31484077                   |   | <b>HC:</b> 31484077 - CC                       |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> 17/9/1980                    |   | <b>EDAD:</b> 39 Años                                 | <b>SEXO:</b> F                                | <b>TIPO AFILIADO:</b> Cotizante                |
| <b>ESTADO CIVIL:</b> Unión Libre                         |   | <b>OCCUPACION:</b> OTROS OFICINISTAS                 |   |  |
| <b>RESIDENCIA:</b> CRA 11F NO 38-86 B/ TRONCAL           |   | <b>VALLE DEL CAUCA-CALI</b>                          |   | <b>TELEFONO:</b> 3935410-3206979314-3226075912 |
| <b>FECHA INGRESO:</b> 2/12/2019 - 23:18:16               |   | <b>FECHA EGRESO:</b> 3/12/2019 - 18:12:00            |   | <b>CAMA:</b> SALA97                            |
| <b>DEPARTAMENTO:</b> 021501 - URGENCIAS                  |   | <b>SERVICIO:</b> URGENCIAS                           |   |  |
| <b>CLIENTE:</b> EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA SA |   | <b>PLAN:</b> REDES RESPONSABLES EPS SURA 2019        |   |  |
| <b>GRUPO POBLACIONAL:</b> Otro grupo poblacional         |   | <b>PERTENENCIA ETNICA:</b> Ninguna de las anteriores |   |  |
| <b>NOMBRE ACOMPAÑANTE:</b> JUAN TORRES                   | <b>PARENTESCO:</b> Conyugue             | <b>TELEFONO:</b> 3206979314-3226075912               | <b>DIRECCION:</b> CRA 11F NO 38-86 B/ TRONCAL |  |
| <b>NOMBRE RESPONSABLE:</b> JUAN TORRES                   | <b>IDENTIFICACION:</b> CC SIN DOCUMENTO | <b>PARENTESCO:</b> Conyugue                          | <b>TELEFONO:</b> 3206979314-3226075912        |  |
| <b>DIRECCION:</b> CRA 11F NO 38-86 B/ TRONCAL            |   |  |   |  |

| FECHA      | MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL  |
|------------|--|
| 2019-12-03 | <b>00:47 SIA11677 - SIACHOQUE GOMEZ LEIDY VANESSA - MEDICO (A) GENERAL - 1151940668</b><br><b>MOTIVO DE CONSULTA :</b><br>"Remitida"   |
|            | <b>00:57 SIA11677 - SIACHOQUE GOMEZ LEIDY VANESSA - MEDICO (A) GENERAL - 1151940668</b><br><b>ENFERMEDAD ACTUAL :</b><br><p>Paciente quien manifiesta antecedente de accidente de transito el 21-10-19 en condición de conductora de moto presenta volcamiento con traumas múltiples, consultó a fundación valle del Lili, realizan imágenes con evidencia de fractura de platillos tibiales bilaterales y de fibula proximal derecha, es llevada a procedimiento qx el 22-10-19 RA+OTS de fracturas descritas. Manifiesta cuadro clínico de 15 días de evolución consistente en deshidratación de sutura de herida en pierna izquierda, venia en manejo con curaciones en casa. Asiste el día de hoy a consulta particular con ortopedista, remite a urgencias de FVL, valorada por ortopedia, describen en historia de remisión paciente con alto riesgo de infección y exposición de material de osteosíntesis que requiere manejo quirúrgico con colgajo compuesto, procedimiento no autorizado por EPS en periferia por lo cual remiten. Paciente niega fiebre o salida de material purulento por herida.</p> <p>Paradínicos de periferia:<br/>           Hemograma: Leucocitos 8140, N 68.5%, L 23.7%, HB 12.4, HTO 40.5%, PLT 342.000<br/>           BUN 8.6, CR 0.55<br/>           PCR 0.71 (ref 0-0.5)</p> |

| ORIGEN DE LA ATENCION |   |
|-----------------------|---|
| 2019-12-03 12:43      | SIA11677 - SIA11677: Enfermedad general |

| ANTECEDENTES PERSONALES.           |                             |    |  |
|------------------------------------|-----------------------------|----|--|
| ANTECEDENTES                       |                             | OP | DETALLE  |
| <b>ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS</b> | Antecedentes farmacologicos | NO | NO TOMA MEDICAMENTOS   |
| <b>PATOLOGICOS</b>                 | Diabetes Mellitus           | NO | NIEGA  |
|                                    | Otras Alergias              | NO | NIEGA  |
|                                    | Otras enfermedades:         | SI | Niega  |
| <b>QUIRURGICOS</b>                 | Quirurgicos                 | SI | Linfedema/Lipedema   |
|                                    |                             | SI | Safenectomia, Ra+Ots Fractura Platillos Tibiales Bilateral Y Fx Fibula Der |

Imprimió: ERAZO MARTINEZ LEIDI YOAHA - ERA11806

Fecha Impresión : 2021/09/23 - 13:17:35

|                                |   |    |                       |
|--------------------------------|---|----|-----------------------|
| ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS |   | SI | VARICECTOMIA          |
|                                | Fecha de ultima menstruacion(FUM)   | SI | 6 DE NOVIMEMBRE -2015 |
|                                | Paridad(Gestas,Partos:Cesáreas:Abortos:Mortinatos... Gemelares...)                          | SI | 22-11-19              |
|                                | Planificacion familiar ( Describa método, tiempo uso, reacciones adversas si las ha tenido) | SI | G2P2                  |
|                                |   | SI | DIU                   |

|                                  |     |         |            |
|----------------------------------|-----|---------|------------|
| ANTECEDENTES DE RIESGO BIOLOGICO | OP. | DETALLE | F. REGIS.  |
|                                  |     |         | PUNTAJE: 0 |

| LISTADO DE SIGNOS VITALES |          |      |      |     |     |      |       |     |          |      |                                |       |        |        |     |                   |          |
|---------------------------|----------|------|------|-----|-----|------|-------|-----|----------|------|--------------------------------|-------|--------|--------|-----|-------------------|----------|
| FECHA                     | HORA     | F.C. | F.R. | PVC | PIC | PESO | TALLA | IMC | TENSION  | MED. | SITIO T.A.                     | TEMP. | T.INCU | MANUAL | EVA | SATO <sub>2</sub> | USUARIO  |
| 2019-12-03                | 15:48:00 | 101  | 16   | --  | --  | --   | --    | --  | 110 / 61 | 77   | Miembro Superior Derecho(NINV) | 36.30 | --     | --     | --  | 98.00             | ESC11236 |
| 2019-12-03                | 13:22:00 | 100  | 20   | --  | --  | --   | --    | --  | 117 / 72 | 87   | Miembro Superior Derecho(NINV) | 36.50 | --     | --     | --  | 96.00             | PEÑ072   |

| EXAMEN FISICO |
|---------------|
|---------------|

| PROFESIONAL:SIACHOQUE GOMEZ LEIDY VANESSA |         | FECHA:2019-12-03  |
|---|---------|---|
| SISTEMA                                   | ESTADO  | OBSERVACIONES   |
| OsteoMuscular                             | ANORMAL | O: Alerta, hemodinámicamente estable, no signos de dificultad respiratoria<br>SIGNOS VITALES TA 120/74 MMHG, FC 89 LPM, FR 16 RPM, SO2 98% C/C.<br>Conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda sin lesiones. Cuello móvil sin masas C/P: Ruidos cardíacos rítmicos, no ausculto soplos. Murmullo vesicular presente, no ausculto sobreagregados<br>ABD: Blando, depresible, no doloroso, no signos de irritación peritoneal<br>EXT: Dehiscencia herida qx pierna izq aprox 5cm, no salida de material purulento, no eritema, no calor ni rubor. Pierna derecha cicatriz herida qx, no cambios inflamatorios ni dehiscencia sutura. Se encuentra con inmovilizador de rodillas bilateral SNC: G 15/15 no focalización neurológica. |
| GastroIntestinal                          | NORMAL  |   |
| Respiratorio                              | NORMAL  |   |
| CardioVascular                            | NORMAL  |   |
| Estado General                            | NORMAL  |   |
| Neurológico                               | NORMAL  |   |

| FECHA      | EVOLUCIONES                               |  |
|------------|---|--|
| 2019-12-03 | <input type="checkbox"/> 2019-12-03 01:11 | <b>SIA11677 - SIACHOQUE GOMEZ LEIDY VANESSA - MEDICO GENERAL</b><br><br>Paciente remitida por dehiscencia de sutura en herida qx pierna izquierda (antecedente pop ra+ots fractura platillo tibiales bilateral y fibula der 22-10-19), no signos de infección, remiten para manejo qx ortopedia por riesgo de infección y exposición de material OTS. Actualmente paciente sin dolor, no se deja heparina a definir según posibilidad de cirugía. Se solicita concepto de ortopedia.   |
|            | <input type="checkbox"/> 2019-12-03 07:50 | <b>FLO11723 - FLOREZ PALOMINO LEONARDO - MEDICO GENERAL</b><br><br><b>F. Resultado:</b> 2019/12/03 07:10 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO - NORMAL.<br>LEUCOCITOS : 5.76 x 10 <sup>3</sup> /uL<br>%LINFOCITOS : 23.00 %<br>%NEUTROFILOS: 64.60 %<br>% MONOCITOS 7.3 %<br>HEMOGLOBINA : 12.2 g/dL<br>HEMATOCRITO : 38.5 %<br>PLAQUETAS : 329 x10 <sup>3</sup> /uL |
|            | <input type="checkbox"/> 2019-12-03 11:22 | <b>TRI6752 - TRIANA RICCI RODRIGO - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA</b><br><br>Subjetivo PAOLA FERNANDA LOZANO<br>39 AÑOS<br>PACIENTE EN POP DEL 22/10/2019 FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL Y FIBULA DERECHA QUIEN ES REMITIDA DE LA FUNDACION VALLE DEL LILI POR DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN PIERNA IZQUIERDA, REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO POR RIESGO DE INFECCION Y EXPOSICION DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS<br><br>Objetivo PACIENTE EN CAMILLA ESTABLE, ORIENTADA, ALERTA, AFEBRIL, PACIENTE SIN DOLOR       |

|  |   |
|--|---|
|  | EXTREMIDADES MII SE EVIDENCIA HERIDA QUIRURGICA ABIERTA Y PROFUNDA SUPURATIVA<br>RX EVIDENCIA REDUCCION CON EXCELENTE OSTEOSINTESIS LATERAL Y MEDIAL  |
| Analisis   | PACIENTE EN POP DEL 22/10/2019 FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL Y FIBULA DERECHA QUIEN ES REMITIDA DE LA FUNDACION VALLE DEL LILI POR DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN PIERNA IZQUIERDA, REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO POR RIESGO DE INFECCION Y EXPOSICION DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, POR LO QUE SOLICITO INTERCONSULTA CON INFECTOLOGIA PARA VALORAR LA POSIBILIDAD DE DEFINIR TRATAMIENTO AMBULATORIO O SI HAY NECESIDAD DE HOSPITALIZAR PARA CONTINUAR TRATAMIENTO, SE SOLICITA VALORACION POR TEO. |
| Plan   | 1. INTERCONSULTA A INFECTOLOGIA PARA VALORAR LA POSIBILIDAD DE DEFINIR MANEJO AMBULATORIO O SI HAY NECESIDAD DE HOSPITALIZAR PARA CONTINUAR TRATAMIENTO<br>2. VALORACION POR TEO<br>3. AVIZAR CAMBIOS   |
| Información entregada al paciente y/o familiares: SE EXPLICA AL FAMILIAR Y A LA PACIENTE QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR |   |

☐ 2019-  
12-03  
12:44

#### GUE9076 - GUERRA VILLAFANE ALEXANDER - INFECTOLOGIA

|           |  |
|-----------|--|
| Subjetivo | PAOLA FERNANDA LOZANO<br>39 AÑOS<br><br>PACIENTE EN POP DEL 22/10/2019 FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL Y FIBULA DERECHA<br>VALORADA POR ORTOPEDIA CONSULTA EXTERNA, EVIDENCIA SECRECION A NIVEL DE PIERNA IZQUIERDA, TERCIO PROXIMAL Y ENVIA A CONCEPTO<br><br>RECIBIO CEF DE 1, POR 15 DIAS, SUSPENDIDO HACE 7 DIAS  |
| Objetivo  | TRANQUILA<br><br>AFEBRIL<br><br>HERIDA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA IZQUIERDA, CON APERTURA DE SITIO QUIRURGICO, NO EXPOSICION OSEA NI DE MOS. SECRECION SEROSA<br><br>BUEN LLENADO DISTAL   |
| Analisis  | POR INFECTOLOGIA: PTE CON SOSPECHA DE ISO, CONSIDERO PERTINENTE:<br>-ANTE ESTABILIDAD CLINICA, NO TERAPIA ANTIBIOTICA POR AHORA<br>-SOLICITO HEMGORAMA, VSG, PCR, PARA VALORAR REACTANTES DE FASE AGUDA.<br>-VALORACION POR TEO, PARA TOMA DE CULTIVOS PROFUNDOS BAJO TECNICA ESTERIL<br><br>CON BASE A HALLAZGOS DE TEO, TOMA DE CULTIVOS, REACTANTES, DEFINIREMOS INICIO DE ATB EMPIRICO<br><br>EXPLCIO<br><br>ATENTO A EVOLUCIN CLINICA |
| Plan      | VSG, PCR   |

☐ 2019-  
12-03  
13:15

#### FLO11723 - FLOREZ PALOMINO LEONARDO - MEDICO GENERAL

|           |  |
|-----------|--|
| Subjetivo | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ<br>39 AÑOS<br>REDES RESPONSABLES EPS SURA<br>PASILLO 58.<br><br>IDX.<br>1. DEHISCENCIA SUTURA PIERNA IZQ.<br>2. POP. RA+OTS FX PLATILLOS TIBIALES BILATERAL Y FIBULA DER. (21.10.19)<br><br>Paciente en camilla de urgencias.  |
| Objetivo  | SV: TA: 110/65 mmHg,, FC: 70 lpm,,, FR: 18 rpm,,, TEMP: 35.8 Centig,,,, SatO2: 96%<br>OJOS: PINR, conjuntivas húmedas<br>ORL: Mucosas húmedas rosadas, Faringe sin exudados<br>TORAX: sin evidencia de dificultad respiratoria, no deformidades<br>CORAZON: Ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos, no S3<br>PULMONES: Ambos campos pulmonares bien ventilados, MV presente, sin agregados.<br>ABDOMEN: Blando, depresible, no distendido, peristaltismo presente, sin dolor a la palpación<br>EXT: No edemas, pulsos distales presentes y simétricos. Dehiscencia de sutura en cara anterior de tercio distal de MID cubierto.<br>SNC : Glasgow 15/15 (AO: 4, RV: 5, RM: 6), Alerta, conciente, ubicado en Tiempo-Lugar- |

|   |  |
|---|--|
|   | Persona<br>PIEL: Sin lesiones evidentes.   |
| Analisis  | Paciente adulto de 39 años que se ingresó remitida desde FVL para manejo de Dehiscencia de sutura en MII, que ya fue valorado por Ortopedia que considera que no requiere manejo por su especialidad, y sugiere valoración por Infectología y TEO.. Ya Infectología lo valora y considera pertinente el concepto de TEO para en el caso de que exista secreción tomar cultivos y así determinar la terapia ATB.. |
| Plan  | OBSERVACION<br>P/ VALORACION POR TEO.<br>P/ TOMA DE PARACLINICOS ORDENADOS POR INFECTO.<br>RESTO MANEJO MEDICO IGUAL.  |
| Información entregada al paciente y/o familiares: SE HABLA CON LA PACIENTE SIN ACOMPAÑANTE. |  |

☐ 2019-  
12-03  
14:22

**LOP11578 - LOPEZ RIVERA SANDRA CAROLINA - TERAPIA ENTEROSTOMAL**

|  |  |
|--|--|
|  | TERAPIA ENTEROSTOMAL.  |
| Subjetivo  | VALORO PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICO 1. DEHISCENCIA SUTURA PIERNA DERECHA . 2. POP. RA+OTS FX PLATILLOS TIBIALES BILATERAL Y FIBULA DER. (21.10.19).<br><br>PACIENTE REFIREN QUE LE REALIZABAN DRENAJES LINFATICOS, TUVO CONTROL CON CX VASCULAR.<br><br>PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE Y ORIENTADA.  |
| Objetivo   | PREVIA HIGIENE DE MANOS Y USO DE BARRERAS RETIRO APOSITOS DE HERIDA INFRACONDILEA DERECHA, OBSERVO HERIDA DE 10CMS CON DEHISCENCIA EN BORDE SITAL DE UNOS 4CMS DE DIAMETROX1CMS DE PROFUNDIDAD, EN LECHOS CON TEJIDO ADIPOSO/DESVITALIZADO, NO HAY SECRECION, NO HAY CALOR LOCAL, NO HAY DOLOR, CON TECNICA ESTERIL REALIZO LAVADO ANTISEPTICO CON SOLUCION SALINA MA SJABON CLORHEXIDINA, RETIRO PARCIALMENTE TEJIDO DESVITALIZADO, LAVO NUEVAMENTE CON SOLUCION SALINAMAS JABON CLORHEXIDINA , SECO, CAMBIO DE GUANTE TOMO MUESTRA PARA CULTIVO, INICIO TERAPIA CON BACTIGRAS DE 15CMS + DUODERM CGF 15X15CMS, CUBRO CON GASA ESTERIL Y FIJO CON MCRIOPORE, PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO. |
| Analisis   | HERIDA QUIRURGICA EN PIERNA DERECHA DESHICENTE A NIVEL DE BORDE SIATL DE LA HERIDA, DE APROXIMADMANETE 4CMS DE DIAMETROX1CMS DE PRODUNDIDAD, NO SE PALPA MATERIAL D OSTEOSINTESI, NO HAY RBOR, NO HAY CALOR LOCAL, NO HAY SECRECION, SE INICIA TERAPIA HUEMDA CON EL FIN DE INICIAR LISIS DE TEJIDO DESVITALIZADO; POR PARTE DE LA ESPECIALIDAD LA PACIENTE PUEDE EGRESAR CON PLAN DE CURACIONES EN SU DOMICILIO.  |
| Plan   | PLAN DE EGRESO POR TEO<br><br>1.FAVOR ORDENAR CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA INFRACONDILEA EN PIERNA DERECHA POR ESPECIALISTA EN HERIDAS, 2 VECES A AL SEMANA TTOAL 8 PARA EL MES EN SU DOMICILIO.<br><br>2. PROXIMA CURACION EL DIA VIERNES.<br><br>3.NO MOJAR APOSITOS.<br><br>4. PENDIENTE RESPORTE DE CULTIVO.  |
| Información entregada al paciente y/o familiares: SEE XPLICAN HALLAZGOS DE PACIENTE REFIRE ENTENDER. |  |

☐ 2019-  
12-03  
14:25

**FLO11723 - FLOREZ PALOMINO LEONARDO - MEDICO GENERAL**

F. Resultado: 2019/12/03 09:53 - TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] - NORMAL 11.7  
F. Resultado: 2019/12/03 09:53 - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] - NORMAL 24.4 s  
F. Resultado: 2019/12/03 09:53 - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] - NORMAL 25.7  
F. Resultado: 2019/12/03 09:53 - TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] - NORMAL 1.10

☐ 2019-  
12-03  
14:44

**TRI6752 - TRIANA RICCI RODRIGO - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

|          |  |
|----------|--|
| Analisis | HERIDA QUIRURGICA EN PIERNA DERECHA DESHICENTE A NIVEL DE BORDE SIATL DE LA HERIDA, DE APROXIMADMANETE 4CMS DE DIAMETROX1CMS DE PRODUNDIDAD, NO SE PALPA MATERIAL D OSTEOSINTESI, NO HAY RBOR, NO HAY CALOR LOCAL, NO HAY SECRECION, SE INICIA TERAPIA HUEMDA CON EL FIN DE INICIAR LISIS DE TEJIDO DESVITALIZADO; POR |
|----------|--|

|  |   |
|--|---|
|  | PARTE DE LA ESPECIALIDAD LA PACIENTE PUEDE EGRESAR CON PLAN DE CURACIONES EN SU DOMICILIO. ADEMÁS INFECCION MANIFIESTA QUE NO SE DARÁN ATB HASTA NO VER LOS CULTIVOS. |
| Plan   | 1.- SALIDA PORB ORTOPEDIA<br>2.- TEO POR HOME CARE TRES POR SEMANA POR 4 SEMANAS.<br>3.- CITA A SU EPS POR ORTOPEDIA.   |
| Información entregada al paciente y/o familiares: SE LE EXPLICA AL FAMILIAR Y A LA PTE LO QUE DIERRON LOS EXAMENES Y SE LE DA SALIDA |   |

☐ 2019-  
12-03  
15:43

**FLO11723 - FLOREZ PALOMINO LEONARDO - MEDICO GENERAL**

F. Resultado: 2019/12/03 15:53 - ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA - ANORMAL 22 mm/H LEVE AUMENTO

F. Resultado: 2019/12/03 15:15 - PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO - ANORMAL 14.10 mg/L LEVE ELEVACION

☐ 2019-  
12-03  
16:05

**FLO11723 - FLOREZ PALOMINO LEONARDO - MEDICO GENERAL**

|           |  |
|-----------|--|
|           | * NOTA MEDICA  |
| Subjetivo | Se inicia trámite de HOME CARE para el manejo por equipo de TEO y las terapias físicas. Se entrega papelería de EPS SURA, para la gestión. |
|           | **   |
| Objetivo  | .  |
| Análisis  | .  |
| Plan      | INICIAR TRAMITE DE HOME CARE   |

☐ 2019-  
12-03  
18:10

**FLO11723 - FLOREZ PALOMINO LEONARDO - MEDICO GENERAL**

Paciente adulto de 39 años que se ingresó remitida desde FVL para manejo de Dehiscencia de sutura en MII, que ya fue valorado por Ortopedia que considera que no requiere manejo por su especialidad, y sugiere valoración por Infectología y TEO.. Ya Infectología lo valora y considera pertinente el concepto de TEO para en el caso de que exista secreción tomar cultivos y así determinar la terapia ATB.. No tiene secreción y TEO de todas formas toma muestra para cultivo confirmatorio, y se dejó en trámite de HOME CARE, que ya fue autorizado para seguir en control de TEO curaciones dos veces a la semana ( total 8 al mes ) y seguimiento por la consulta externa.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA: Fiebre.

INSTRUCCIONES RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE SALUD: No fumar, No licor.

DIETA: Normal, Baja en sal, Baja en grasas.

USTED DEBE DE SOLICITAR CITA EN SU EPS EN EL PROGRAMA DE: Otros.

Cual: HOME CARE

|           |  |
|-----------|--|
|           | ** NOTA MEDICA **  |
| Subjetivo | Paciente adulto de 39 años que se ingresó remitida desde FVL para manejo de Dehiscencia de sutura en MII, que ya fue valorado por Ortopedia que considera que no requiere manejo por su especialidad, y sugiere valoración por Infectología y TEO.. Ya Infectología lo valora y considera pertinente el concepto de TEO para en el caso de que exista secreción tomar cultivos y así determinar la terapia ATB.. No tiene secreción y TEO de todas formas toma muestra para cultivo confirmatorio, y se dejó en trámite de HOME CARE, que ya fue autorizado para seguir en control de TEO curaciones dos veces a la semana ( total 8 al mes ) y seguimiento por la consulta externa. |
| Objetivo  | .  |
| Análisis  | .  |
| Plan      | EGRESO.  |

Paciente adulto de 39 años que se ingresó remitida desde FVL para manejo de Dehiscencia de sutura en MII, que ya fue valorado por Ortopedia que considera que no requiere manejo por su especialidad, y sugiere valoración por Infectología y TEO.. Ya Infectología lo valora y considera pertinente el concepto de TEO para en el caso de que exista secreción tomar cultivos y así determinar la terapia ATB.. No tiene secreción y TEO de todas formas toma muestra para cultivo confirmatorio, y se dejó en trámite de HOME CARE, que ya fue autorizado para seguir en control de TEO curaciones dos veces a la semana ( total 8 al mes ) y seguimiento por la consulta externa.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA: Fiebre.

INSTRUCCIONES RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE SALUD: No fumar, No licor.

DIETA: Normal, Baja en sal, Baja en grasas.

USTED DEBE DE SOLICITAR CITA EN SU EPS EN EL PROGRAMA DE: Otros.  
Cual: HOME CARE

| APOYOS DIAGNOSTICOS SOLICITADOS |             |  |                      |
|---------------------------------|-------------|--|----------------------|
| TIPO                            | CARGO       | DESCRIPCION  | FECHA/HORA EVOLUCION |
| LABORATORIOS                    | 901217X     | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES  | 3/12/2019 - 14:24:10 |
|                                 | Observacion |  |                      |
| LABORATORIOS                    | 906913X     | PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO  | 3/12/2019 - 12:37:32 |
|                                 | Observacion |  |                      |
| LABORATORIOS                    | 902205X     | ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA  | 3/12/2019 - 12:37:32 |
|                                 | Observacion |  |                      |
| LABORATORIOS                    | 902049X     | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]   | 3/12/2019 - 00:43:37 |
|                                 | Observacion |  |                      |
| LABORATORIOS                    | 902045X     | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]   | 3/12/2019 - 00:43:37 |
|                                 | Observacion |  |                      |
| LABORATORIOS                    | 902210X     | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO | 3/12/2019 - 00:43:37 |
|                                 | Observacion |  |                      |

| FECHA      | ORDENES MEDICAS   |
|------------|---|
| 2019-12-03 | <p><input type="checkbox"/> 2019-12-03 01:04<br/>01:04 SIA11677 - SIACHOQUE GOMEZ LEIDY VANESSA - MEDICO GENERAL<br/>Observación<br/>Dejar nada via oral hasta concepto especialista<br/>Tapon heparinizado<br/>Tomar 6am: ch, tiempos de coagulación<br/>Se solicita concepto de ortopedia<br/>CSV, AC</p> <p><input type="checkbox"/> 2019-12-03 01:12<br/>01:12 SIA11677 - SIACHOQUE GOMEZ LEIDY VANESSA - MEDICO GENERAL<br/>APOYOS DIAGNOSTICOS:<br/>* 902045X - TIEMPO DE PROTROMBINA [TP], Cantidad: 1<br/>* 902049X - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP], Cantidad: 1<br/>* 902210X - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, Cantidad: 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2019-12-03 01:12<br/>01:12 SIA11677 - SIACHOQUE GOMEZ LEIDY VANESSA - MEDICO GENERAL<br/>INTERCONSULTAS SOLICITADAS:<br/>- Especialidad: ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA, Cantidad: 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2019-12-03 02:37<br/>02:37 ARD11078 - ARDILA GALVIS NESTOR DANIEL - ENFERMERA(O) GENERAL<br/>REVISADO</p> <p><input type="checkbox"/> 2019-12-03 11:22<br/>11:22 TRI6752 - TRIANA RICCI RODRIGO - ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA<br/>1. INTERCONSULTA A INFECTOLOGIA PARA VALORAR LA POSIBILIDAD DE DEFINIR MANEJO AMBULATORIO O SI HAY NECESIDAD DE HOSPITALIZAR PARA CONTINUAR TRATAMIENTO<br/>2. VALORACION POR TEO<br/>3. AVIZAR CAMBIOS</p> <p><input type="checkbox"/> 2019-12-03 12:44<br/>12:44 GUE9076 - GUERRA VILLAFANE ALEXANDER - INFECTOLOGIA<br/>VSG, PCR</p> <p><input type="checkbox"/> 2019-12-03 13:09<br/>13:09 PEÑ9072 - PEÑA RENTERIA KAREN STACY - AUXILIAR DE ENFERMERIA<br/>REVISADO ....</p> |



☐ 2019-12-03 13:15

**13:15 FLO11723 - FLOREZ PALOMINO LEONARDO - MEDICO GENERAL**

OBSERVACION

P/ VALORACION POR TEO.

P/ TOMA DE PARACLINICOS ORDENADOS POR INFECTO.

RESTO MANEJO MEDICO IGUAL.

☐ 2019-12-03 13:21

**13:21 PEÑ0072 - PEÑA RENTERIA KAREN STHACY - AUXILIAR DE ENFERMERIA**

REVISADO ....

☐ 2019-12-03 14:22

**14:22 LOP11578 - LOPEZ RIVERA SANDRA CAROLINA - TERAPIA ENTEROSTOMAL**

PLAN DE EGRESO POR TEO

1.FAVOR ORDENAR CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA INFRACONDILEA EN PIERNA DERECHA POR ESPECIALISTA EN HERIDAS, 2 VECES A LA SEMANA TIOAL 8 PARA EL MES EN SU DOMICILIO.

2. PROXIMA CURACION EL DIA VIERNES.

3.NO MOJAR APOSITOS.

4. PENDIENTE RESPORTE DE CULTIVO.

☐ 2019-12-03 14:31

**14:31 FLO11723 - FLOREZ PALOMINO LEONARDO - MEDICO GENERAL**

APOYOS DIAGNOSTICOS:

\* 901217X - CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÚDULA ÓSEA ORINA Y HECES, Cantidad: 1

☐ 2019-12-03 14:44

**14:44 TRI6752 - TRIANA RICCI RODRIGO - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

1.- SALIDA PORB ORTOPEDIA

2.- TEO POR HOME CARE TRES POR SEMANA POR 4 SEMANAS.

3.- CITA A SU EPS POR ORTOPEDIA.

☐ 2019-12-03 16:05

**16:05 FLO11723 - FLOREZ PALOMINO LEONARDO - MEDICO GENERAL**

INICIAR TRAMITE DE HOME CARE

☐ 2019-12-03 18:08

**18:08 FLO11723 - FLOREZ PALOMINO LEONARDO - MEDICO GENERAL**

EGRESO.

## DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

| CODIGO | DIAGNOSTICO DE INGRESO                      | OBSERVACION |
|--------|---|-------------|
| S822   | FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA         |             |
| Z988   | OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS |             |

## HISTORICO FORMULACIÓN

| CÓDIGO  | PRODUCTO  |  |                                     |
|---|---|--|-------------------------------------|
| 0102020967 POS  | CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA PVC ATOXICO POR 100ML |  |                                     |
|   | FORMULÓ   | LOPEZ RIVERA SANDRA CAROLINA   | FECHA FORMULACIÓN: 03/12/2019 13:45 |
| VIA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA DOSIS: 1.00 BOLSA (S) Cada 1 Día(s) CANTIDAD: 1.00 |   |  |                                     |
|   | FECHA   | FORMULÓ  | ACCION                              |
|   | 03/12/2019 18:17                                  | PEÑA RENTERIA KAREN STHACY   | FINALIZACION                        |
|   | CAMBIOS   | OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO.: Finalizacion del Suministro desde la Estacion de Enfermería |                                     |

## REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

| Fecha            | Usuario                    | Cantidad    | Desechos    | Al Paciente | Observación |
|------------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 03/12/2019 18:17 | PEÑA RENTERIA KAREN STHACY | 1 BOLSA (S) | 0 BOLSA (S) | 0           |             |

23/9/21 13:18

| FECHA      | LISTADO DE NOTAS DE ENFERMERIA   |
|------------|--|
| 2019-12-03 | <input type="checkbox"/> 01:28 <b>ANG10603 - ANGULO MORENO JOHAN - AUXILIAR DE ENFERMERIA</b><br><b>Ingresa paciente ambulatorio:</b> Ingresa paciente tranquila, alerta, consciente y orientada en sus tres esferas, comunicativa, tolerando oxígeno al medio, afebril, no álgida, sin limitación a la marcha. <b>Se verifica correcta identificación (nombres y apellidos completos):</b> verbalmente con la paciente <b>Se le explica procedimiento y verifican alergias:</b> niega alergias <b>Instrucciones y recomendaciones:</b> a espera de toma de paraclicnicos y valoración por especialidad. |
|            | <input type="checkbox"/> 02:19 <b>ANG10603 - ANGULO MORENO JOHAN - AUXILIAR DE ENFERMERIA</b><br>se le realiza curación: presenta herida en miembro inferior derecho, por debajo de platillo tibial media, de mas o menos 4CM X 3MC, profunda, sin sangrado activo, se observa algo de material fibrinoso, no calor, edema o rubor. se realiza antisepsia con clorhexidina solución y se deja cubierto con gasa mas micropore.   |
|            | <input type="checkbox"/> 13:22 <b>PEÑ9072 - PEÑA RENTERIA KAREN STHACY - AUXILIAR DE ENFERMERIA</b><br>RECIBO PCTE ADULTA 39 AÑOS EN SILLA RECLINO 29 EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, DESPIERTA, CONCIENTE Y ORIENTADA EN TLP CON DX : 1. DEHISCENCIA SUTURA PIERNA IZQ. 2. POP. RA+OTS FX PLATILLOS TIBIALES BILATERAL Y FIBULA DER. (21.10.19) TOLERANDO 02 AL AMBIENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, EN EL MOMENTO SE OBSERVA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, PTE ASIGNACION DE CAMA EN PISO  |
|            | <input type="checkbox"/> 18:18 <b>PEÑ9072 - PEÑA RENTERIA KAREN STHACY - AUXILIAR DE ENFERMERIA</b><br>PCTE QUE ES REVALORADA QUIEN DECIDE DAR OM DE SALIDA CON FORMULA Y RECOMENDACIONES, PCTE ESTABLE, EGRESA DEL SERVICIO SIN MAS CAMBIOS SIN COMPAÑIA DE FAMILIAR  |

| DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS |   |
|----------------------------------|---|
| CODIGO                           | DIAGNOSTICO DE EGRESO                       |
| S822                             | FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA         |
| Z988                             | OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS |

*L. Flores*  
**LEONARDO FLOREZ P.**  
 Médico General  
 R.M. 19-2604  
 UNI-LIBRE

**PROFESIONAL:** FLOREZ PALOMINO LEONARDO  
 CC - 94401074 - T.P 19-2604

**ESPECIALIDAD - MEDICO GENERAL**

Imprimió: ERAZO MARTINEZ LEIDI YOAHA - ERA11806

Fecha Impresión : 2021/09/23 - 13:17:36



CLÍNICA DE OCCIDENTE  
¡Cada día mejor!

Calle 18 Norte No 5N-34 Conmutador: 660 3000  
Tel: 6607130 - Fax: 668 0076  
Sede Administrativa: Av 5 Norte No 17N-83  
E-mail: clinicaoccidente@cdo-sa.com  
Cali - Colombia

Nombre del Paciente: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Historia: CC 31484077  
Dirección: CRA 11F NO 38-86 B/ TRONCAL  
Plan: REDES RESPONSABLES EPS SURA 2019

Edad: 41 Años  
Sexo: Femenino  
Telefono: 3835410-3206979314-  
3226075912

**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO**

| Orden                         | Fecha Solicitud     | Fecha Resultado       | Servicio  | Código  | Id Lab     |
|-------------------------------|---------------------|-----------------------|-----------|---------|------------|
| 11680981                      | 2019-12-03 00:43:37 | 2019-12-03 07:04:11   | URGENCIAS | 902210X | 9120331023 |
| Examen                        | Resultado           |                       | V. Min    | V. Max  | Alerta     |
| LEUCOCITOS :                  | 5.76                | x 10 <sup>3</sup> /uL | 4.5       | 11      |            |
| %LINFOCITOS :                 | 23.00               | %                     | 17        | 45      |            |
| %NEUTROFILOS:                 | 64.60               | %                     | 55        | 70      |            |
| % EOSINOFILOS                 | 2.1                 | %                     | 1         | 5       |            |
| % BASOFILOS                   | 0.8                 | %                     | 0         | 2       |            |
| % MONOCITOS                   | 7.3                 | %                     | 3         | 14      |            |
| LINFOCITOS # ABS:             | 1.33                | x10 <sup>3</sup> /uL  |           |         |            |
| NEUTROFILOS #ABS:             | 3.72                | x10 <sup>3</sup> /uL  |           |         |            |
| EOSINOFILOS # ABS             | 0.12                | x10 <sup>3</sup> /uL  |           |         |            |
| BASOFILOS # ABS               | 0.05                | x10 <sup>3</sup> /uL  |           |         |            |
| MONOCITOS # ABS               | 0.42                | 10 <sup>3</sup> /uL   |           |         |            |
| GLOBULOS ROJOS :              | 4.30                | x10 <sup>6</sup> /uL  | 4.2       | 5.2     |            |
| HEMOGLOBINA :                 | 12.2                | g/dL                  | 12.3      | 15.3    |            |
| HEMATOCRITO :                 | 38.5                | %                     | 38        | 45      |            |
| VOL.CORP.MEDIO :              | 89.7                | fL                    | 80        | 96.1    |            |
| HGB.CORPUSCULAR MEDIA:        | 28.4                | pg                    | 27.5      | 33.2    |            |
| CONC.HGB.CORP.MEDIA:          | 31.7                | g/dL                  | 33.4      | 35.5    |            |
| ANCHO DISTRIB ERITROCITOS CV: | 14.9                | %                     | 11.6      | 15.5    |            |
| PLAQUETAS :                   | 329                 | x10 <sup>3</sup> /uL  | 150       | 450     |            |
| VOL.MEDIO PLAQUETARIO:        | 7.0                 | fL                    |           |         |            |
| DIFERENCIAL MANUAL            |                     |                       |           |         |            |
| GRANULOCITOS #                | 0.12                |                       |           |         |            |
| % GRANULOCITOS                | 2.10                |                       |           |         |            |

*Nazly*

NAZLY ESCOBAR LOZANO  
\*BACTERIOLOGO (A)  
TP: 15979

**ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA**

| Orden                               | Fecha Solicitud     | Fecha Resultado     | Servicio  | Código  | Id Lab     |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------|---------|------------|
| 11685281                            | 2019-12-03 12:37:32 | 2019-12-03 15:53:01 | URGENCIAS | 902205X | 9120331043 |
| Examen                              | Resultado           |                     | V. Min    | V. Max  | Alerta     |
| ERITROSEDIMENTACION ( WESTERGREEN ) | 22                  | mm/H                | 0         | 20      |            |

*Nazly*

NAZLY ESCOBAR LOZANO



CLÍNICA DE OCCIDENTE  
¡Cada día mejor!

Calle 18 Norte No 5N-84 Conmutador: 660 3000  
Tel: 6607130 - Fax: 668 0076  
Sede Administrativa: Av 5 Norte No 17N-93  
E-mail: clinicaoccidente@cco-sa.com  
Cali - Colombia

Nombre del Paciente: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Historia: CC 31484077  
Dirección: CRA 11F NO 38-86 B/ TRONCAL  
Plan: REDES RESPONSABLES EPS SURA 2019

Edad: 41 Años  
Sexo: Femenino  
Teléfono: 3935410-3206979314-  
3226075912

\*BACTERIOLOGO (A)  
TP: 15979

PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO

| Orden               | Fecha Solicitud     | Fecha Resultado     | Servicio  | Código  | Id Lab     |
|---------------------|---------------------|---------------------|-----------|---------|------------|
| 11685282            | 2019-12-03 12:37:32 | 2019-12-03 15:13:28 | URGENCIAS | 906913X | 9120331043 |
| Examen              | Resultado           |                     | V. Min    | V. Max  | Alerta     |
| PROTEINA C REACTIVA | 14,10 mg/L          |                     | 0         | 10      |            |

*Geydi*

CABARCAS SARMIENTO GEYDI XIOMARA  
\*BACTERIOLOGO (A)  
TP: 631

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]

| Orden           | Fecha Solicitud     | Fecha Resultado     | Servicio  | Código  | Id Lab     |
|-----------------|---------------------|---------------------|-----------|---------|------------|
| 11680983        | 2019-12-03 00:43:37 | 2019-12-03 09:53:34 | URGENCIAS | 902049X | 9120331023 |
| Examen          | Resultado           |                     | V. Min    | V. Max  | Alerta     |
| CONTROL DIA PTT | 24,4 s              |                     |           |         |            |

*Naazly*

NAZLY ESCOBAR LOZANO  
\*BACTERIOLOGO (A)  
TP: 15979

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]

| Orden                 | Fecha Solicitud     | Fecha Resultado     | Servicio  | Código  | Id Lab     |
|-----------------------|---------------------|---------------------|-----------|---------|------------|
| 11680983              | 2019-12-03 00:43:37 | 2019-12-03 09:53:34 | URGENCIAS | 902049X | 9120331023 |
| Examen                | Resultado           |                     | V. Min    | V. Max  | Alerta     |
| T.P.DE TROMBOPLASTINA | 25,7                |                     | 21,9      | 29,7    |            |

*Naazly*

NAZLY ESCOBAR LOZANO  
\*BACTERIOLOGO (A)  
TP: 15979

TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]

| Orden | Fecha Solicitud | Fecha Resultado | Servicio | Código | Id Lab |
|-------|-----------------|-----------------|----------|--------|--------|
|-------|-----------------|-----------------|----------|--------|--------|



CLÍNICA DE OCCIDENTE  
¡Cada día mejor!

Calle 18 Norte No 5N-34 Conmutador: 660 3000  
Tel: 6607130 - Fax: 668 0076  
Sede Administrativa: Av 5 Norte No 17N-93  
E-mail: clinicaoccidente@odo-sa.com  
Cali - Colombia

Nombre del Paciente: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Historia: CC 31484077  
Dirección: GRA 11F NO 38-86 B/ TRONCAL  
Plan: REDES RESPONSABLES EPS SURA 2019

Edad: 41 Años  
Sexo: Femenino  
Teléfono: 3935410-3206979314-  
3226075912

|          |                     |                     |           |         |            |        |        |
|----------|---------------------|---------------------|-----------|---------|------------|--------|--------|
| 11680982 | 2019-12-03 00:43:37 | 2019-12-03 07:30:32 | URGENCIAS | 902045X | 9120331023 |        |        |
| Examen   |                     |                     | Resultado |         | V. Min     | V. Max | Alerta |
| INR      |                     |                     | 1.10      |         |            |        |        |

*Naizly*

NAZLY ESCOBAR LOZANO  
\*BACTERIOLOGO (A)  
TP: 15979

#### TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)

| Orden            | Fecha Solicitud     | Fecha Resultado     | Servicio  | Código  | Id Lab     |        |
|------------------|---------------------|---------------------|-----------|---------|------------|--------|
| 11680982         | 2019-12-03 00:43:37 | 2019-12-03 07:30:32 | URGENCIAS | 902045X | 9120331023 |        |
| Examen           |                     |                     | Resultado | V. Min  | V. Max     | Alerta |
| T.DE PROTROMBINA |                     |                     | 11.7      | 8.8     | 12         |        |

*Naizly*

NAZLY ESCOBAR LOZANO  
\*BACTERIOLOGO (A)  
TP: 15979

#### CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECE

| Orden                                | Fecha Solicitud     | Fecha Resultado     | Servicio   | Código  | Id Lab     |        |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------|------------|---------|------------|--------|
| 11685536                             | 2019-12-03 14:24:10 | 2019-12-06 10:19:20 | URGENCIAS  | 901217X | 9120331047 |        |
| Examen                               |                     |                     | Resultado  | V. Min  | V. Max     | Alerta |
| CULTIVO SECRECION<br>PIERNA DERECHA. |                     |                     | POSITIVO/A |         |            |        |

Escherichia coli  
Amp/Sulbactam Sensible  $\leq 8/4$   
Ampicilina Resistente  $> 16$   
Ceftazidima/A Clavul nico  $\leq 0.25$   
Cefotaxima/A Clavul nico  $\leq 0.5$   
Cefoxitina Sensible  $\leq 8$   
Cefazolina Sensible  $\leq 2$   
Colistina Sensible  $\leq 2$   
Ciprofloxacina Sensible  $\leq 1$   
Gentamicina Sensible  $\leq 4$   
puido Nalidixico Sensible  $\leq 16$   
Pip/Tazo Sensible  $\leq 16$   
Trimet/Sulfa Sensible  $\leq 2/38$   
Tetraciclina Sensible  $\leq 4$   
Tobramicina Sensible  $\leq 4$



CLÍNICA DE OCCIDENTE  
¡Cada día mejor!

Calle 18 Norte No 5N-34 Conmutador: 680 3000  
Tel: 6807130 - Fax: 688 0076  
Sede Administrativa: Av 5 Norte No 17N-93  
E-mail: [clinicadeoccidente@cdo-sa.com](mailto:clinicadeoccidente@cdo-sa.com)  
Cali - Colombia

Nombre del Paciente: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Historia: CC 31484077  
Dirección: CRA 11F NO 38-86 B/ TRONCAL  
Plan: REDES RESPONSABLES EPS SURA 2019

Edad: 41 Años  
Sexo: Femenino  
Teléfono: 3935410-3208979314-  
3226075912

Klebsiella pneumoniae  
Amp/Sulbactam Sensible  $\leq 8/4$   
Ampicilina Resistente  $>16$   
Ceftazidima/A Clavulánico  $\leq 0.25$   
Cefotaxima/A Clavulánico  $\leq 0.5$   
Cefoxitina Sensible  $\leq 8$   
Cefazolina Sensible  $\leq 2$   
Colistina Sensible  $\leq 2$   
Ciprofloxacina Sensible  $\leq 1$   
Gentamicina Sensible  $\leq 4$   
Pip/Tazo Sensible  $\leq 16$   
Trimet/Sulfa Sensible  $\leq 2/38$   
Tetraciclina Sensible  $\leq 4$   
Tobramicina Sensible  $\leq 4$

HENRY ALEXANDER BORJA SALAZAR  
\*BACTERIOLOGO (A)  
TP: 52503



CLINICA DE OCCIDENTE S.A. - NIT: 890300513-3

DIRECCION: CL 18 NORTE NRO 5 N 34

TELEFONOS: 6603000

FACTURA DE VENTA M19627

CALI-VALLE DEL CAUCA

AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION ELECTRONICA DIAN: 18763002128603 DE 2019/11/29

VIGENCIA 24 MESES NUMERACION AUTORIZADA: DEL M 14113 AL M 25000

IVA regimen comun. Grandes Contribuyentes. Agente Retenedor de Impuestos a las ventas. No somos Autoretenedores



CLIENTE: CC-31484077 PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

TELEFONOS: 3935410-3206979314

FECHA ELAB.: 23/09/2021

DIRECCION: cara 12 38 07 esq barrio americas

CARGOS DE FACTURACION

historia clinica

PRECIO

\$ 672

SUB TOTAL

672

IVA

128

TOTAL FACTURA

800

SON: OCHOCIENTOS PESOS

FIRMA CLIENTE

ELABORADO POR: ERAZO MARTINEZ LEIDI YOHANA

ESTA FACTURA CAMBIARIA DE COMPRAVENTA SE ASIMILA PARA TODOS SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (ARTICULO 621 - 774 DEL CODIGO DE COMERCIO). EL COMPRADOR ACEPTA QUE LA FIRMA QUE APARECE COMO RECIBIDO ESTA AVALANDO LA FIRMA DEL MISMO.

Factura Impresa por Computador Software Ipeoft S.A. NIT. 805.029.231-1.



Octubre 22/19

Paola Lotano

① Pedir cita para conocer el  
lunes 28. octubre -19

tome 1 piso 2

tel 3319090 Ext 7428

② pedir cita por Angioplastia  
el 13-novembre -19

tel 3319090 Ext 7428

tome 1 piso 2

1 (ips basica  
con la red)

 FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI  
DR. MARTHA CECILIA MAYORCA  
Cirujana Plástica  
T.P. 60119-07  
FUNDACION DEL LILI  
CIENCIAS



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

25.10.2019

Paola Lozano

Cita control en 12 días con

Dr. Mauricio Torres

Tel: 3319090

Tel: 7100

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI  
Calle 14 N. 18-49, Cali, Valle del Cauca  
T. 331 9090 • PBX Citas: (57)(2) 680 5757 • centraldecitas@fcvl.org • Fax: (57)(2) 331 6728

Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No. 18-49 • Cali, Valle del Cauca • Colombia

Presentar la última fórmula médica en su próxima cita

25.10. 2019

Paola Lozano

cc: 31484077

Enoxaparin ampolla 40 mg

Aplicar 1 ampolla subcutánea al  
día por 10 días \$30

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI  
Dra. Mariana López Trujillo  
N.º de Cédula General  
T.E. 151938386

Fundación Valle del Lili • [www.valledellili.org](http://www.valledellili.org)  
Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No. 18-49 • Cali, Valle del Cauca • Colombia  
Commutador: (57)(2) 331 9090 • PBX Citas: (57)(2) 680 5757 • [centraldecitas@fvl.org](mailto:centraldecitas@fvl.org) • Fax: (57)(2) 331 6728  
Recuerde presentar la última fórmula médica en su próxima cita

25.10.2019

Paola Lozano

cc. 31484077

Acetaminofén tabletas 500 mg  
Tomar 2 tabletas al día por 15 días \$ 90

Naproxeno tableta 250 mg  
Tomar 1 tableta cada 12 horas por 10 días \$ 20

Tramadol solución 100 mg/ml  
Tomar 10 gotas cada 8 horas por 15 días  
\$ 2 frascos

Cetaclicina tableta 500 mg  
Tomar 1 tableta cada 6 horas por  
7 días \$ 22

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI  
Calle 98 No. 18-49 • Cali, Valle del Cauca • Colombia  
Teléfono: (57)(2) 331 9090 • PBX Citas: (57)(2) 680 5757 • centraldecitas@fvl.org • Fax: (57)(2) 331 6728  
Recuerde presentar la última fórmula médica en su próxima consulta

Fundación Valle del Lili • www.valledellili.org

Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No. 18-49 • Cali, Valle del Cauca • Colombia

Commutador: (57)(2) 331 9090 • PBX Citas: (57)(2) 680 5757 • centraldecitas@fvl.org • Fax: (57)(2) 331 6728

Recuerde presentar la última fórmula médica en su próxima consulta



25.10.2019

Paolo Lozano

cc: 31484077

55// Servicio de enfermería en casa  
12 horas al día por 30 días

FUNDACIÓN VILLA DEL LLER  
Dra. María Victoria López Trujillo  
T.P. 33333333  
Fundación Villa del Ller

Fundación Valle del Lili • [www.valledellili.org](http://www.valledellili.org)

Fundación Valle del Lili • [www.valledellili.org](http://www.valledellili.org)  
Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No. 18-49 • Cali, Valle del Cauca • Colombia  
Commutador: (57)(2) 331 9090 • PBX Citas: (57)(2) 680 5757 • [centraldecitas@fvl.org](mailto:centraldecitas@fvl.org) • Fax: (57)(2) 331 6728  
Recuerde presentar la última fórmula médica en su próxima consulta.

Recuerde presentar la última fórmula médica en su próxima consulta



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

25.10.2019

Paola Lozano

cc: 31484077

Trasladó en ambulancia básica desde su domicilio hacia la Fundación Valle del Lili para su cita control en Ortopedia en 12 de vuelta hacia su domicilio

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI  
Calle Simón Bolívar Cra. 98 No. 18-49  
Cali, Valle del Cauca, Colombia  
Teléfono: 331 9090  
Fax: 331 6722

Fundación Valle del Lili • [www.valledellili.org](http://www.valledellili.org)

Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No. 18-49 • Cali, Valle del Cauca • Colombia

Commutador: (57)(2) 331 9090 • PBX Citas: (57)(2) 680 5757 • [centraldecitas@fcvl.org](mailto:centraldecitas@fcvl.org) • Fax: (57)(2) 331 6722

Debe presentar la última fórmula médica en su próxima

**Dra. Adriana Milena Cordoba Castrillon**  
**Especialista en Cirugia Plástica**

**ORDEN**

Paciente: PAOLA ANDREA LOZANO RAMIREZ

Documento No: 31484077

Tipo Documento: Cedula

Entidad: SURA EPS

Edad: 39

Teléfono: 3206799314

CODIGO

ORDEN PROCEDIMIENTO

Nota

CONTROL CIRUGIA PLASTICA EN DOS MESES

Observación General:

Fecha: 08/11/2019

8:23:55 a. m.

Dra. Adriana Milena Cordoba Castrillon

*Dra. Adriana Cordoba*  
Cirujana Plastica  
Univalle-RM 274225

Clinica Farallones Calle 9c No. 50 - 25 Cons 604. Tel: 4878064 - 4878000 Ext 4264

Especialidad: Cirugia Plástica // Documento No. // R.M 274245

Firmado Digitalmente por el Dr.

*[Red handwritten signature]*



21/11/19.

Paulo Lemos

Hc 3148477

Peterson Ramos  
Torres

  
FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI  
DR. MAURICIO TORRES CALERO  
Médico Ortopedia y Traumatología  
T.C. 0445105



CIRUGIA PLASTICA

CIRUGIA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA  
UNIVERSIDAD DEL VALLE  
MIEMBRO SOCIEDAD COLOMBIANA  
DE CIRUGIA PLASTICA

FECHA:

Nov 8/19.

NOMBRE:

Paolo Lozano

R/

① Sodermix 3 veces al  
día Realizand masaje  
# 1

② Sunaid gel  
3 veces al día



EPS SURA

ORDEN DE COBRO

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR NIT 860007336-1

IPS Genera: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE - CALI

Fecha de Expedición: 2019/10/30 Hora: 09:33:59

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Plan: POS

Tipo convenio: SUCITA

Grupo de Ingresos: A

Valor: 3.200

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

IPS COLSUBSIDIO NORTE

CL 9 C # 50 - 25 CONS 604

Fecha Cita:

Tel: 4878064-3017945994

COTIZANTE

Edad: 39 Años

Recobro:

Tipo de Plan: POS

Orden No: 2712-25900900

Información del Afiliado

CC 31484077

Semanas Cotizadas: 180

Información del Prestador

(34373535) ADRIANA MILENA CORDOBA CASTRILLON

Información del Cobro

Cuota Moderadora

Cobrado en: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE - CALI

Procedimientos Autorizados

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|----------------------------|--------------|----------|
| 50250    | 890202        | CONSULTA CIRUJANO PLASTICO | R568         | 1        |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |

Observaciones: Médico Filar: SABRINA LERMA PAYAN/ Odontólogo Filar: / :

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnósticas.

Este documento es válido hasta 24/10/2020 Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A

FUNDACION VALLE DEL LILI

Nit 890324177 Registro

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable EPS y Salud  
OASISCON

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O



EPS



Ips Genera: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE

Fórmula

2712-1979312

Página 1 de 2

Fecha de Expedición: oct 26 de 2019

Origen del Servicio

ENFERMEDAD GENERAL

Nombre:

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Identificación CC 31484077

Teléfono: 4006183

S. Afiliado:

(2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE

Tipo Afiliado: COTIZANTE ACTIVO

Grupo de Ingresos:

A

Tipo Cobro:

EXENTO POR UNIFICACION

Valor: 0

Medicamento:

(4035) CEFALEXINA - 500 MG CAPSULA DURA

Dosificación:

1 CAPSULAS cada 6 HORAS durante 7 DIAS - Via Admon: ORAL

Cantidad:

28 (VEINTE Y OCHO) CAPSULAS

Prescribe:

FUNDACION VALLE DEL LILI - NI 890324177

Recomendación:

Medicamento:

(5030) NAPROXENO SODICO - 250 MG TABLETA

Dosificación:

1 TABLETAS cada 12 HORAS durante 10 DIAS - Via Admon: ORAL

Cantidad:

20 (VEINTE) TABLETAS

Prescribe:

FUNDACION VALLE DEL LILI - NI 890324177

Recomendación:

Medicamento:

(16129) TRAMADOL CLORHIDRATO - 100 MG/ML SOLUCION ORAL X 10 ML

Dosificación:

10 GOTAS cada 8 HORAS durante 15 DIAS - Via Admon: ORAL

Cantidad:

2 (DOS) FRASCOS

Prescribe:

FUNDACION VALLE DEL LILI - NI 890324177

Recomendación:

Observaciones

Válido correo electrónico

Transcribe:

ERIKITRMA - CC 29682623

prime:

ERIKITRMA

Tipo Convenio:

1

Punto de Entrega:

MEDICARTE S.A. - AVENIDA SEXTA BIS # 35 NORTE 28 LOCAL 108

Datos de

4893739

Firma:

Fecha Impresión:

oct 26 de 2019

Evento:

NO VALIDO  
PARA RECLAMAR  
MEDICAMENTOS

Esta orden es válida hasta 2019-11-19. Se debe cancelar en caso de vencer la vigencia. Para cancelar a su médico de familia en su horario de atención. Haga las recomendaciones de su médico. Evite el uso de alcohol. Si tiene alguna duda consulte a su médico de familia en su horario de atención.

EPS **sura**

## ORDEN DE COBRO

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR NIT 860007336-1

lunes - 23 Dic  
4:40 PM  
Dr. A. Badia

IPS Genera: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE - CALI

Fecha de Expedición: 2019/12/10 Hora: 12:32:01

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Plan: POS

Recobro:

COTIZANTE

Fecha Cita:

Tel: 6442200

### INFORMACIÓN DEL AFILIADO

CC 31484077

Semanas Cotizadas: 184

### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

(811007832) SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA AV 5 # 21 NORTE - 86 PISO 4

### INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de ingresos: A

Tipo de CUOTA MODERADORA

Cobrado en: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE - CALI

Valor: 3.200

### PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|----------------------------|--------------|----------|
| 50170    | 50170         | CONSULTA ORTOPEDIA         | R688         | 1        |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |

Observaciones: Médico Fliar: SABRINA LERMA PAYAN/ Odontólogo Fliar: / ;

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnosticas.

Este documento es válido hasta:

04/12/2020

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

CLINICA DE OCCIDENTE

NI 890300513 Registro:

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello

YAMILAR

A  
D  
O

**Suramericana**

SEVICIOS DE SALUD SURAMERICANA S.A.



**Recomendaciones de la consulta**

**Orden :** 137946-21149000

**IPS Atiende :** (137946)CENTRAL DE ESPECIALISTAS

**NIT.** 811007832

**Paciente :** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

**Identificación :** CC 31484077

**N° Fecha**

**Recomendación**

**1 2019/12/23**

pop 2 meses , lo relevante ahora es dar solucion al defecto de cobertura en pierna derecha, por lo que requiere valoracion prioritaria por qx plastica para evitar progresion de la extension y profundidad de la herida en pierna que exponga material o que genere una infeccion profunda osea. puede tener movilidad libre, el apoyo debe iniciarlo en 3 a 4 semanas, antes debe tener una rx para confirmar la evolucion d ella consolidacion de las fracturas vaya siendo adecuada.  
prorroga incapacidad 20.12.19 por 30 dias.

**Profesional**

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

**Identificación :**

CC 94489926

**Registro :**

76141004

**Imprime :**

MARCROJO

**Fecha :** 2019/12/23

**IPS :**

CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA

140779926F191223131489448

EPS **SURA**

**ORDEN DE COBRO**  
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S. NIT 811007832-5

**INFORMACIÓN DEL AFILIADO**

IPS General: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI  
Fecha de Expedición: 2019/12/23 Hora: 17.00.16  
Orden No: 137946-21149200  
Tipo de Plan: POS  
Tipo de Cobro: ENFERMEDAD GENERAL  
Recobro:

CC 31484077

Semanas Cotizadas: 189

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

**INFORMACIÓN DEL COBRO**

Grupo de ingresos: A

Tipo de cobro: CUOTA MODERADORA

Cobrado (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

**PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS**

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados                                    | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|---|--------------|----------|
| 8733130  | 8733130       | RADIOGRAFIA DE TIBIA-PERONE (PIERNA) AP Y LATERAL-COMPARATIVA | S821         | 1        |
|          |               |   |              |          |
|          |               |   |              |          |
|          |               |   |              |          |
|          |               |   |              |          |

Observaciones: Médico Filar SABRINA LERMA PAYAN/ Odontólogo Filar / : 8733130. Lateralidad Bilateral, Énfasis en: Pierna, bilateral de piernas

Este documento es válido hasta

20/06/2020

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

CC 94489926 Registro 76141004

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Representante IPS y Suro

MARCELYN

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O



EPS SURCA

ORDEN DE COBRO

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S. NIT 811007832-5

IPS Genera: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI Orden No: 137946-21149400

Fecha de Expedición: 2019/12/23 Hora: 17:08:28 Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL Recobro:

CC 31484077

Semanas Cotizadas: 189 Plan: POS IPS COL SUBSIDIO NORTE

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR Tipo convenio: SUCITA

(34373535) ADRIANA MILENA CORDOBA CASTRILLON CL 9 C # 50 - 25 CONS 604

INFORMACIÓN DEL COBRO Grupo de Ingresos: A

Tipo de CUOTA MODERADORA

Cobrado en: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

Valor: 3.200

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|----------------------------|--------------|----------|
| 50250    | 890202        | CONSULTA CIRUJANO PLASTICO | R688         | 1        |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |

Observaciones: Médico Filar SABRINA LERMA PAVAN/ Odontólogo Filar / :

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnósticas.

Este documento es válido hasta 17/12/2020 Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA CC 94489926 Registro 76141004 Firma Responsable IPS y Sello

# SURA

Remisión : 137946-21149100

Orden : 137946-21149000

Fecha : 2019/12/23 16:59

|  |                           |                    |                                     |               |         |
|--|---------------------------|--------------------|-------------------------------------|---------------|---------|
| <b>Identificación</b>  | CC 31484077               | <b>Nombre :</b>    | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ       | <b>Edad :</b> | 39 Años |
| <b>Tipo Atención</b>   | EG                        | <b>IPS Atiende</b> | CENTRAL DE ESPECIALISTAS            |               |         |
| <b>De :</b>  | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | <b>Para :</b>      | EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS |               |         |
| MC: luvu acc de transito 21.10.19 calda de moto. atencion urgencias en FCVL. fractura bilateral de plattilos tibiales  |                           |                    |                                     |               |         |
| al parecer cerradas, qx 22.10.19 dr torres ( RAFI doble placa bilateral). luvu dehiscencia de sutura medial de la      |                           |                    |                                     |               |         |
| pierna derecha ahora en manejo por TEO. EA: asiste en silla, paniculos adiposos gruesos en ambas piernas, afebril.     |                           |                    |                                     |               |         |
| heridas en pierna izquierda cicatrizadas, en la pierna derecha a nivel del abordaje medial hay defecto de cobertura de |                           |                    |                                     |               |         |
| aprox 3x2cm fondo limpio, no bolsillos aparentes, no secrecion, no exposicion del material de OTS. tiene rx del        |                           |                    |                                     |               |         |
| 2.12.19 fracturas de ambas rodillas reducidas, ots luce en posicion adecuada.  |                           |                    |                                     |               |         |
| =====  |                           |                    |                                     |               |         |
| SIGNOS VITALES: DESCRIPCION: buen estado general. PESO: 80.0Kgs TALLA: 157.0 cms EXAMEN FISICO : CABEZA CUELLO OS :    |                           |                    |                                     |               |         |
| no evaluado CARDIORESPIRATORIO : no evaluado GASTROINTESTINAL : no evaluado GENITOURINARIO : no evaluado               |                           |                    |                                     |               |         |
| OSTEOMUSCULAR : no evaluado NEUROLÓGICO : no evaluado HEMATOPOYETICO FISICO : no evaluado PIEL Y FANERAS : no          |                           |                    |                                     |               |         |
| evaluado   |                           |                    |                                     |               |         |
| =====  |                           |                    |                                     |               |         |
| DIAGNOSTICO PROVISIONAL: S821 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA. Impresión diagnóstica S818 HERIDA DE OTRAS |                           |                    |                                     |               |         |
| PARTES DE LA PIERNA. Impresión diagnóstica   |                           |                    |                                     |               |         |
| =====  |                           |                    |                                     |               |         |



## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Identificación  
CC 31484077Fecha de nacimiento  
17-09-1980Edad  
39 años (Adulez)Sexo  
FemeninoTipo de afiliación  
POSTeléfono fijo  
3847669Estado civil  
CasadoDepartamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
IndependienteMunicipio  
CALIDirección  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico  
gempresarialessas@gmail.com

## Datos del acompañante

Nombre acompañante

JUAN EDUARDO TORRE

Parentesco acompañante

Cónyuge

Teléfono acompañante

3206799314

## Motivo de Consulta

CONTROL EVENTO TEMPORAL - ZONA CENTRO - DOMICILIO CRA 11F NO 38-86 BARRIO EL TRONCAL Paciente remitido de CLINICA DE OCCIDENTE por el profesional RODRIGO TRIANA RICCI para recibir tratamiento de

Curaciones POR TEO ; por los siguientes diagnósticos: - FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA.

## Enfermedad actual

## Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO (OCTUBRE 21 2019) CON TRAUMA FACIAL + FX DE PLATILLO TIBIA BILATERAL SCHATZKER VI Y FIBULA DERECHA QUIEN REQUIRIO RA + OTS EN CLINICA VALLE DE LILI (22/10/2019) CON POSTERIOR DEHISCENCIA DE SUTURAS A NIVEL DE EXTREMO SUPERIOR EN CARA INTERNA DE PIERNA DERECHA FUE VALORADA POR ORTOPEDIA PERO EN CLINICA DE OCCIDENTE DONDE Y SE DEICIDIO MANEJO CONJUNTO CON INFECCION + ORTOPEDIA QUIENES CONSIDERAN TOMA DE CULTIVO Y NO SE CONSIDERO PERTINENTE LAVADO, SE INICIO CURACIONES POR TEO + TERAPIA FISICA. LA PACIENTE RECIBE CURACIONES EN CASA POR CLINICA DE HERIDAS, ORTOPEDIA QUE VALORO EL DIA 23 DE DICIEMBRE SOLICITO VALORACION PO CIRUGIA PLASTICA PARA DAR SOLUCION AL DEFECTO DE COBERTURA CON EL FIN DE EVITAR PROGRESION DEL EXTENSION Y PROFUNDIDAD Y QUE SE EXPNGA MATERIAL DE OSTEOSINTESIS. REFIERE QUE CON LA CURACIONES PRESENTA CIERRE PAULATINO DEL DEFECTO. POR AHORA NO TIENE APOYO DE LA PIERNA, EL DIA 22 DE ENERO TIENE CONTROL CON ORTOPEDIA.

## Revisión por Sistemas

PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, NIEGA FIEBRE, NIEGA ESCALOFRID, SIN EMESIS, NIEGA NAUSEAS, NIEGA DOLOR TORACICO NO DISNEA, NI DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NO DOLOR ABDOMINAL, NOSINTOMAS URINARIOS, NO EDEMAS CON BUEN PATRON DEL SUEÑO, BUENOS HABITOS GASTROINTESTINALES, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL

## Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Diabetes Mellitus                | No       | Trastorno de la Coagulación    | No       |
| Hipertensión Arterial            | No       | Cáncer                         | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       | VIH                            | No       |
| Insuficiencia Renal Crónica      | No       | Enfermedad Tiroidea            | No       |
| Asma                             | No       | Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Epoc                             | No       | Trastorno Psiquiátrico         | No       |
| Epilepsia                        | No       |                                |          |

## Antecedentes Alérgicos

Salud En Casa Cali (83)

Revisión paliativos Domiciliario

Fecha de la atención 09/01/2020 11:58



No relata alergias

Antecedentes Quirúrgicos

No relata procedimientos

Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años 11 año(s)

FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

Información del embarazo actual

Esta embarazada No

Observaciones ginecobstétricas FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 157 cm

Signos Vitales Frecuencia cardíaca: 70 lpm, Frecuencia respiratoria: 20 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 110, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 83.33

Otros signos vitales Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 98 %

Estado general del paciente ACTUALMENTE PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SIGNOS DE SIRS NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NORMOTENSA, NORMOCARDICA, NO LUCE TOXICA, AFEBRIL.

Cabeza y Cuello CONJUNTIVA ROSADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, ESCLERAS ANICTERICAS, NO ADENOPATIAS CERVICALES

Tórax RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS PULMONES VENTILADOS, NO PRESENTA SOBREGREGADOS

Gastrointestinal ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.

Genitourinario DIURESIS ESPONTANEA, PÑO PERCUSION LUMBAR NEGATIVO

Osteomuscular PRESENTA EN PEIRNA DERECHA, TERCIO PROXIMAL, CARA ANTERIOR, HERIDA DE 3 POR 3 CM Y DE 2.5 DE PROFUNDIDAD, NO PRESENTA SIGNOS DE INFLAMACION LOCAL

Neurológicos DESPIERTA, ALERTA, ORIENTADA, NO PRESENTA DEFICIT NEUROLÓGICO

Vascular periférico LLENADO VASCULAR PERIFÉRICO NORMAL

Piel y anexos NO OTRAS LESIONES EN LA PIEL

Análisis y plan

Notas de análisis y plan: CONTROL EVENTO TEMPORAL - ZONA CENTRO - DOMICILIO CRA 11F NO 38-86 BARRIO EL TRONCAL. Paciente remitido de CLINICA DE OCCIDENTE por el profesional RODRIGO TRIANA RICCI para recibir tratamiento de Curaciones POR TEO ; por los siguientes diagnósticos: - FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA. PACIENTE RECIBE E CASA CURACIONES POR CHER , CON EL FIN DE CIERRE DE HERIDA EN PEIRNA POR SEUNDA INTENCION LO CAL SE ESTA LOGRANDO TIENE PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA PARA VER SI REQUIERE DE INTERVENCION QX PARA RELLENO DE LESION. POR AHORA NO TIENE INDICACION DE POYO DE LA EXTREIDAD COMPROMETIDA TIENE CONTROL CON ORTOPEDIA EL DIA 22 DE ENERO CO ORTOPEDIA CON REPORTE DE RX DE CONTROL. POR AHORA CONTINUA IGUAL MANEJO Y TERAPIAS

Notas de expectativas y metas: CONTINUA CON EVENTO TEMPORAL

1- CONTINUA CON CURACIONES POR CHER

2- CONTINUA CON TERAPIA FISICAS

3- CONTROL MEDICO SEGUN PERTINENCIA DE TERAPIAS.

Diagnóstico principal

S821-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa

Enfermedad general

Finalidad de la consulta

No aplica

Conducta final

Salud En Casa Cali (83)

**Revisión paliativos Domiciliario**

Fecha de la atención 09/01/2020 11:58



Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

Remisión

**Información del profesional**

LUIS FELIPE DORADO RAMIREZ

CC 16918449

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA Registro 16918449

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

2. The second part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

3. The third part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

4. The fourth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

## HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

**Paciente:** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ**Identificación:** CC 31484077**Ocupación:** No disponible**Sexo:** Femenino**Edad:** 39 Años**Afiliación:** COTIZANTE**Teléfono (1):** 3995910**Teléfono (2):** 3206799314**Plan:** POS**Raza:** No Disponible**Condición:** No Disponible**Nivel Socioeconómico:** No Disponible**Servicio:** CONSULTA CIRUJANO PLASTICO**Orden:** 137946-21149400**Tipo Consulta:** No Disponible**IPS Atiende:** CENTRO DE ESPECIALISTAS**Fecha:** 2020/01/13 10:48**Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)**Responsable:** No disponible**Acompañante:** No disponible**Motivo Que Origina la Consulta:** ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

**MC:** DEFECTO COBERTURA EN PIERNA DERECHA **EA:** PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO OCTUBRE 2020 CON FRACTURA EN PIERNAS BILATERAL, PRESENTO NECROSIS PIEL EN PIERNA DERECHA CARA MEDIAL QUE REQUIRIO DESBRIDAMIENTO Y HOSPITALIZACION PARA MANEJO CON CURACIONES, ACTUALMENTE CON CURACIONES POR TERAPIA ENTEROSTOMAL UNA VEZ POR SEMANA

**Revisión Sistemas :** Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular :  
**Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :**

**Signos Vitales:** Descripción: BUENAS CONDICIONES GENERALES CON DEFECTO COBERTURA EN TERCIO SUPERIOR PIERNA DERECHA EN PROCESO DE EPITELIZACION DEFECTO RESIDUAL APROX 2X2CM , NO SIGNOS DE INFECCION **Pulso:** 80/min **Ritmo** **Examen Físico :** Cabeza Cuello OS : no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Físico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

**Dx:** S819 HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica

**Profesional:** ADRIANA MILENA CORDOBA CASTRILLON  
 CC 34373535 **Registro:** 274245

I40773535F200113I31483437

Antecedentes FamiliaresAntecedentes PersonalesAntecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:

Contrarremisión

1. The first part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee. The names are listed in alphabetical order, and the addresses are given in full, including the street, city, and state.

2. The second part of the document is a list of the names and addresses of the members of the committee who have been elected to the office of the secretary. The names are listed in alphabetical order, and the addresses are given in full, including the street, city, and state.

3. The third part of the document is a list of the names and addresses of the members of the committee who have been elected to the office of the treasurer. The names are listed in alphabetical order, and the addresses are given in full, including the street, city, and state.



Centro De Especialistas (99998)  
Control Ortopedia  
Fecha de la atención 22/01/2020 12:50



## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Paola Fernanda Lozano Ramirez**

Identificación  
CC 31484077

Fecha de nacimiento  
17-09-1980

Edad  
39 años(Adultez)

Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
3847669  
Estado civil  
Casado

Departamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
Independiente

Municipio  
CAU

Dirección  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico  
gempresarialessa@gmail.com

## Datos del acompañante

Nombre acompañante: JUAN EDUARDO TORRE  
Teléfono acompañante: 3206799314

Parentesco acompañante: Cónyuge

## Motivo de Consulta

completa 3er mes de ots en ambas rodillas fx de platillos tibiales. el defecto de cobertura en pierna ha mejorado. fue valorada x plastica, manejo cierre x segunda intencion.

## Enfermedad actual

asiste en silla. rx de control fracturas en proceso de consolidacion, no falla de la ots. en la derecha hay area de perdida osea pequeña metafisaria que compromete la superficie articular.

## Revisión por Sistemas

lo referido

## Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Hipertensión Arterial            | No       | Epoc                           | No       |
| Diabetes Mellitus                | No       | Enfermedad Tiroidea            | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       | Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       | Epilepsia                      | No       |
| Cáncer                           | No       | Trastorno Psiquiátrico         | No       |
| Insuficiencia Renal Crónica      | No       | VIH                            | No       |
| Asma                             | No       |                                |          |

## Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

## Antecedentes Quirúrgicos

No relata procedimientos

## Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años: 11 año(s)

FUM (Fecha de Última menstruación): 03-09-2019

## Información de embarazos previos

Número de embarazos previos: 0

## Información del embarazo actual

Esta embarazada: No

Observaciones ginecobstétricas: PUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

## Examen físico

Medidas Antropométricas: Talla: 157 cm

Centro De Especialistas (99998)

Control Ortopedia

Fecha de la atención 22/01/2020 12:50



Otros signos vitales Sitio de toma de temperatura: Axilar

Estado general del paciente asiste en silla

Análisis y plan

Notas de análisis y plan: se autoriza inicio de apoyo de extremidades progresivo a total, mantener movilidad, fortalecimiento. control 1 mes nueva rx comparativa.

Notas de expectativas y metas: se autoriza inicio de apoyo de extremidades progresivo a total, mantener movilidad, fortalecimiento. control 1 mes nueva rx comparativa.

| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico  |
|---|---------------------|---|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido | bilateral   |
| Otros diagnósticos                                | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico  |
| S818-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA          | Confirmado repetido | defecto de cobertura en dehiscencia de sutura de pierna derecha |

Recomendaciones

Recomendaciones: se autoriza inicio de apoyo de extremidades progresivo a total, mantener movilidad, fortalecimiento. control 1 mes nueva rx comparativa.

Causa externa y finalidad

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

| Código  | Tipo | Nombre   | Cantidad |
|---------|------|--|----------|
| 8734200 | pos  | RADIOGRAFIA DE RODILLA AP, LATERAL COMPARATIVA | 1        |

Remisión

Recomendaciones

se autoriza inicio de apoyo de extremidades progresivo a total, mantener movilidad, fortalecimiento. control 1 mes nueva rx comparativa.

Información del profesional

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

CC 94489926

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro 76141004

## Información básica del paciente y la atención

Plan

POS

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Identificación  
CC 31484077Fecha de nacimiento  
17-09-1980Edad  
39 años(Adultez)Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación

POS

Teléfono fijo

3847669

Estado civil

Casado

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Otro teléfono fijo

3206799314

Ocupación

Independiente

Municipio

CALI

Dirección

CR 11 F 38-86

Correo electrónico

gempresarialess@gmail.com

## Datos del acompañante

Nombre acompañante

JUAN EDUARDO TORRE

Teléfono acompañante

3206799314

Parentesco acompañante

Cónyuge

## Motivo de Consulta

CONTROL EVENTO TEMPORAL - ZONA CENTRO - DOMICILIO CRA 11F NO 38-86 BARRIO EL TRONCAL Paciente remitido de CLINICA DE OCCIDENTE por el profesional RODRIGO TRIANA RICCI para recibir tratamiento de Curaciones POR TEO ; por los siguientes diagnósticos: - FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA.

## Enfermedad actual

## Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO (OCTUBRE 21 2019) CON TRAUMA FACIAL + FX DE PLATILLO TIBIA BILATERAL SCHATZKER VI Y FIBULA DERECHA QUIEN REQUIRIO RA + OTS EN CLINICA VALLE DE LILI (22/10/2019) CON POSTERIOR DEHISCENCIA DE SUTURAS A NIVEL DE EXTREMO SUPERIOR EN CARA INTERNA DE PIERNA DERECHA. PACIENTE RECIBE CURACIONES EN CASA CON EL FIN DE CERRAR HERIDA POR SEGUNDA INTENCION, FUE VALORADA RECIENTEMENTE POR CIRUGIA PLASTICO QUE NO CONSIDERO CIERRE OX, EL DIA 22 DE ENERO FUE VALORADA POR ORTOPEDIA DE CONTROL QUE OBSERVA ADECUADA EVOLUCION CLINICA, INDICA IICIO DE APOYO DE LAS EXTREMIDADES, LA PACIENTE YA INICIO TERAPIA FISICAS AMBULATORIAS EN CLINICA CASTELLANA. LA HERIDA YA EN PROCESO DE CIERRE ECIBE CURACIONES CADA 8 DIAS.

## Revisión por Sistemas

PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, NIEGA FIEBRE, NIEGA ESCALOFRIO, SIN EMESIS, NIEGA NAUSEAS, NIEGA DOLOR TORACICO NO DISNEA, NI DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NO DOLOR ABDOMINAL, NOSINTOMAS URINARIOS, NO EDEMAS CON BUEN PATRON DEL SUEÑO, BUENOS HABITOS GASTROINTESTINALES, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL

## Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Diabetes Mellitus                | No       | Trastorno de la Coagulación    | No       |
| Hipertensión Arterial            | No       | Cáncer                         | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       | VIH                            | No       |
| Insuficiencia Renal Crónica      | No       | Enfermedad Tiroidea            | No       |
| Asma                             | No       | Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Epoc                             | No       | Trastorno Psiquiátrico         | No       |
| Epilepsia                        | No       |                                |          |

## Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

## Antecedentes Quirúrgicos

No relata procedimientos

## Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años 11 año(s)

FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

## Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

## Información del embarazo actual

Esta embarazada No

Observaciones ginecobstétricas FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

## Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 157 cm

Signos Vitales Frecuencia cardiaca: 78 lpm, Frecuencia respiratoria: 20 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 86.67

Otros signos vitales Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 98 %

Estado general del paciente ACTUALMENTE PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SIGNOS DE SIRS NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ¿ NORMOTENSA NORMOCARDICA, NO LUCE TOXICA, AFEBRIL.

Cabeza y Cuello CONJUNTIVA ROSADA MUCOSA ORAL HUMEDA ESCLERAS ANICTERICAS

Tórax RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS PULMONES VENTILADOS NO PRESENTA SOBREGREGADOS

Gastrointestinal ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO DOLOR A LA PALPACION PERISTALTISMO PRESENTE.

Genitourinario DIURESIS ESPONTANEA PUÑO PERCUSION LUMBAR NEGATIVA

Osteomuscular EXTREMIDADES MOVILES TIENE HERIDA DERECHA HERIDA EN TERCIO PROXIMAL YA EN PROCESO DE CIERRE SIN SIGNOS DE SOBRE INFECCION LESION PUNTOFORME.

Neurológicos DESPIERTA ALERTA ORIENTADA NO PRESENTA DEFICIT NEUROLOGICO

Vascular periférico LLENADO VASCULAR PERIFERICO NORMAL

Piel y anexos NO OTRAS LESIONES EN LA PIEL

## Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** CONTROL EVENTO TEMPORAL - ZONA CENTRO - DOMICILIO CRA 11F NO 38-86 BARRIO EL TRONCAL. Paciente remitido de CLINICA DE OCCIDENTE por el profesional RODRIGO TRIANA RICCI para recibir tratamiento de Curaciones POR TEO ; por los siguientes diagnósticos: - FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA. PACIENTE CON MUY BUENA EVOLUCION LA HERIDA A TENIDO CIERRE FAVORABLES AUN FALTA LESION DE APROX 4 MM MAS RELLENO , NO PRESENTADO SOBREINFECCIONES, POR RECOMENTACION DE CLINICA DE HERIDAS DEBE CONTINUAR POR 2 SEMANAS MAS. POR PARTE DE ORTOPEDIA QUIEN INDICO APOYO EL CUAL YA INICIO DE FROMA AMBULATORIAS CON TERAPIA EN CLINICA CASTELLANA. POR AHORA CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO INSTAURADO.

**Notas de expectativas y metas:** CONTINUA CON EVENTO TEMPORAL

1- CONTINUA CON CURACIONES POR TEO

2- CONTROL MEDICO EN CASA EL 13 DE FEBRERO

| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico |
|---|---------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido |

## Causa externa y finalidad

Causa externa

Enfermedad general

Finalidad de la consulta

No aplica

## Conducta final

## Prescripción de medicamentos

## Ayudas diagnósticas

## Remisión

Salud En Casa Cali (83)  
Revisión paliativos Domiciliario  
Fecha de la atención 29/01/2020 16:47

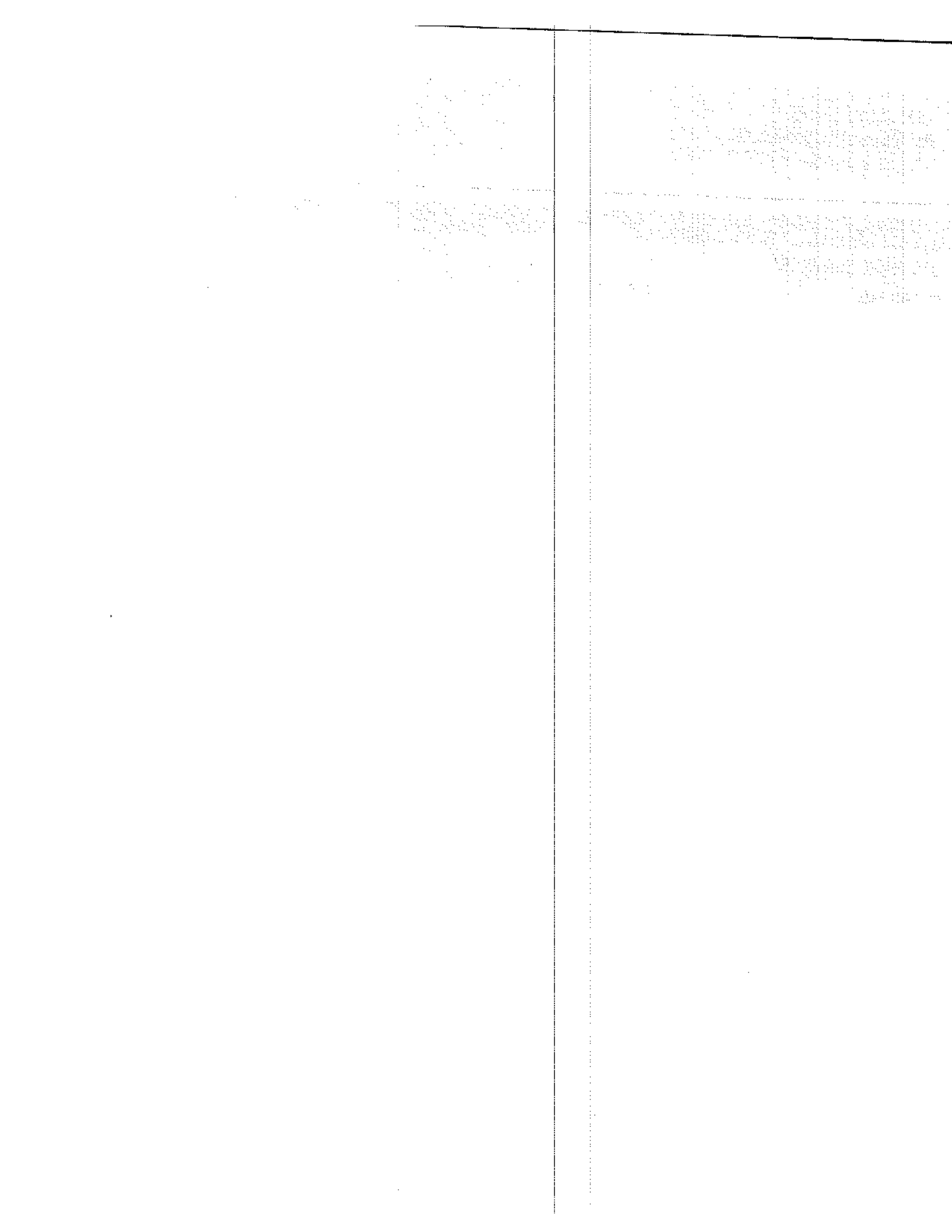


#### Información del profesional

LUIS FELIPE DORADO RAMIREZ

CC 16918449

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA Registro 16918449





**Información básica del paciente y la atención**

Plan

POS

**Paola Fernanda Lozano Ramirez**

Identificación  
CC 31484077

Fecha de nacimiento  
17-09-1980

Edad  
39 años(Adultez)

Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
3847669  
Estado civil  
Casado

Departamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
Independiente

Municipio  
CALI

Dirección  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico  
gempresarialessas@gmail.com

**Datos del acompañante**

Nombre acompañante  
JUAN EDUARDO TORRE  
Teléfono acompañante  
3206799314

Parentesco acompañante  
Cónyuge

**Motivo de Consulta**

EGRESO EVENTO TEMPORAL - ZONA CENTRO - DOMICILIO CRA 11F # 38-86 BARRIO EL TRONCAL POR TEO ; por los siguientes diagnósticos: - FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA.

**Enfermedad actual**

**Enfermedad Actual**

**Enfermedad Actual**

PACIENTE ADULTA JOVEN DE 39 AÑOS CON ANTECEDENTE DE POLITRAUMATISMO EL 21 DE OCT DE 2019 POR ACCIDENTE DE TRANSITO, CON FX DE PLATILLO TIBIA BILATERAL SCHATZKER VI Y FIBULA DERECHA QUIEN REQUIRIÓ RA + OTS EL 22/10/2019 CON POSTERIOR DEHISCENCIA DE SUTURAS A NIVEL DE EXTREMO SUPERIOR EN CARA INTERNA DE PIERNA DERECHA, CX PLASTICA DESCARTO CIERRE QUIRURGICO POR LO QUE SE ENCONTRABA EN CURACIONES PARA CIERRE DE 2DA INTENCION. SE ENCUENTRA EN TERAPIAS FISICAS AMBULATORIAS.

AHORA CON HERIDA CICATRIZADA, DOLOR CONTROLADO CON EDEMA TRAS ACTIVIDAD, GANANDO MOVILIDAD, NO FIEBRE NO ESCALOFRIO, NO SANGRADO NO DOLOR TORACICO O ABDOMINAL, NO CAIDAS NI NUEVAS LESIONES.

**Revisión por Sistemas**

PACIENTE REFIERE ENCONTRARSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, MEJORA CLINICA, NIEGA FIEBRE O ESCALOFRIO, NO EMESIS, NO NAUSEAS, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA LIPOTIMIA O SINCOPE, NIEGA DISNEA, NO DOLOR ABDOMINAL, NI SINTOMATOLOGIA URINARIA, NO EDEMAS, REFIERE BUEN PATRON DEL SUEÑO, HABITO INTESTINAL SIN ALTERACIONES, TOLERA VIA ORAL

**Antecedentes Patológicos**

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Diabetes Mellitus                | No       | Trastorno de la Coagulación    | No       |
| Hipertensión Arterial            | No       | Cáncer                         | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       | VIH                            | No       |
| Insuficiencia Renal Crónica      | No       | Enfermedad Tiroidea            | No       |
| Asma                             | No       | Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Epoc                             | No       | Trastorno Psiquiátrico         | No       |
| Epilepsia                        | No       |                                |          |

**Antecedentes Alérgicos**

No relata alergias

**Antecedentes Quirúrgicos**

No relata procedimientos

## Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años 11 año(s) FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

## Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

## Información del embarazo actual

Esta embarazada No

Observaciones ginecobstétricas FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

## Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 157 cm

Signos Vitales Frecuencia cardíaca: 82 lpm, Frecuencia respiratoria: 17 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 108, Presión arterial diastólica: 66, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 80.00

Otros signos vitales Temperatura: 36,4 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 98 %

Estado general del paciente PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NO LUCE SEPTICA, SIN SIGNOS DE SIRS O DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HIDRATADA, DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS.

Cabeza y Cuello MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, SIN INGURGITACION YUGULAR, NO MASAS, TIROIDES DE TAMAÑO NORMAL.

Tórax NORMOEXPANSIBLE RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES, NO AUSCULTO SOPLOS, TORAX SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO ESTERTORES, NO SIBILANCIAS, NO RONCUS, NO USO DE MUSCULOS ACCESORIOS.

Gastrointestinal ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, SIN DEFENSA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, PERISTALTISMO +.

Genitourinario ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, SIN DEFENSA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, PERISTALTISMO +.

Osteomuscular EXTREMIDADES EUTROFICAS MOVILES, EDEMA GI EN MMII, AMAS CONSERVADOS

Neurológicos ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, SIN DÉFICIT FOCAL APARENTE

Vascular periférico PULSOS DISTALES SIMETRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS

Piel y anexos LESION DE RODILLA DERECHA 100% CICATRIZADA, CICATRIZ RETRAIDA.

NO RASH, NO OTRAS LESIONES EN PIEL O MUCOSAS

## Análisis y plan

Notas de análisis y plan: EGRESO EVENTO TEMPORAL - ZONA CENTRO - DOMICILIO CRA 11F NO 38-86 BARRIO EL TRONCAL Paciente remitido de CLINICA DE OCCIDENTE por el profesional RODRIGO TRIANA RICCI para recibir tratamiento de Curaciones POR TEO ; por los siguientes diagnósticos: - FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA. PACIENTE DE 39 AÑOS CON POLITRAUMATISMO, ESTABA EN MANEJO POR TEO POR HERIDA POP EN RODILLA DERECHA, YA CICATRIZO SIN FIEBRE SIN ESCALOFRIO, NO SINTOMAS AGUDOS.

ENCUENTRO PACIENTE ALERTA, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SOPORTE VENTILATORIO, SIN SIRS, AFEBRIL, TOLERANDO LA VÍA ORAL. HERIDA EN RODILLA DERECHA CICATRIZADA SIN SIGNOS DE SOBREINFECCIÓN.

YA PROFESIONAL DE CLINICA DE HERIDAS EGRESÓ DEL PROGRAMA EL 12 DE FEB, POR ADECUADA EVOLUCIÓN ENTREGANDO RECOMENDACIONES.

POR ELLO CONSIDERO MEJORA CLINICA, BUENA EVOLUCION Y RESPUESTA AL MANEJO INSTAURADO POR LO CUAL SE DA EGRESO DE EVENTO TEMPORAL. DEBE CONTINUAR CONTROL DE SUS FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDADES EN IPS PRIMARIA Y POR ESPECIALIDADES TRATANTES.

TIENE CONTROL CON ORTOPEDIA EL 19 DE FEB. CONTINUA TERAPIAS AMBULATORIAS EN CLINICA CASTELLANA.

SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

CON INCAPACIDAD VIGENTE HASTA EL 15 DE FEB, POR LO CUAL NO SE PRORROGA, YA TERMINÓ AYER EVENTO POR SALUD EN CASA.

**Notas de expectativas y metas:** ORDENES MEDICAS PACIENTE TEMPORAL ZONA CENTRO: 1 - EGRESO DE EVENTO TEMPORAL DR JP CASTRO

|   |                     |
|---|---------------------|
| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico |
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido |

### Recomendaciones

Recomendaciones: SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA POR LOS QUE PUEDE CONSULTAR POR URGENCIAS COMO FIEBRE ,CONVULSIONES O CAMBIOS EN EL ESTADO DE CONCIENCIA, SINTOMAS URINARIOS TALES COMO DOLOR O ARDOR AL ORINAR, AUMENTO EN FRECUENCIA URINARIO, PUJO, OLOR FETIDO, SINTOMAS RESPIRATORIOS TALES COMO DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CIANOSIS , RETRACCIONES O ESFUERZO RESPIRATORIO , DOLOR INTENSO QUE NO MEJORA CON ANALGESICOS, SANGRADO DE CUALQUIER ORIGEN, EDEMA GENERALIZADO O INTOLERANCIA LA VIA ORAL , SINTOMAS GASTROINTESTINALES COMO DIARREA NAUSEAS O VOMITO.

### Causa externa y finalidad

|                              |                    |                          |                 |
|------------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------|
| Causa externa                | Enfermedad general | Finalidad de la consulta | No aplica       |
| Alta de paciente observación |                    |                          |                 |
| ¿Egreso?                     | Si                 | Causa egreso             | Mejoría clínica |

### Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas

### Remisión

### Recomendaciones

SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA POR LOS QUE PUEDE CONSULTAR POR URGENCIAS COMO FIEBRE ,CONVULSIONES O CAMBIOS EN EL ESTADO DE CONCIENCIA, SINTOMAS URINARIOS TALES COMO DOLOR O ARDOR AL ORINAR, AUMENTO EN FRECUENCIA URINARIO, PUJO, OLOR FETIDO, SINTOMAS RESPIRATORIOS TALES COMO DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CIANOSIS , RETRACCIONES O ESFUERZO RESPIRATORIO , DOLOR INTENSO QUE NO MEJORA CON ANALGESICOS, SANGRADO DE CUALQUIER ORIGEN, EDEMA GENERALIZADO O INTOLERANCIA LA VIA ORAL , SINTOMAS GASTROINTESTINALES COMO DIARREA NAUSEAS O VOMITO.

### Información del profesional

**JUAN PABLO CASTRO RAMIREZ**

**CC 1144153624**

**MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA Registro 1144153624**

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Identificación  
CC 31484077Fecha de nacimiento  
17-09-1980Edad  
39 años (Adultez)Sexo  
FemeninoTipo de afiliación  
POSTeléfono fijo  
3847669Estado civil  
CasadoDepartamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
IndependienteMunicipio  
CAJDirección  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico  
gempresarialessas@gmail.com

## Motivo de Consulta

completa 4 to mes de ots en ambas rodillas fx de platillos tibiales, el defecto de cobertura en pierna derecha ya resolvió, refiere edema en ms inferiores.

## Enfermedad actual

asiste en silla, rx de control fracturas en proceso intermedio a avanzado de consolidación, no falla de la ots, en la derecha hay area de perdida osea pequeña metafisaria que compromete la superficie articular del platillo medial, extensión de ambas rodillas completa, flexión de rodillas hasta 130.

no infección en cicatrices, no defectos de cobertura.

## Revisión por Sistemas

lo anotado.

## Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta |
|----------------------------------|----------|
| Hipertensión Arterial            | No       |
| Diabetes Mellitus                | No       |
| Enfermedad Isquémica del Corazón | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       |
| Cáncer                           | No       |
| Insuficiencia Renal Crónica      | No       |
| Asma                             | No       |

| Patología                      | Presenta |
|--------------------------------|----------|
| EPOC                           | No       |
| Enfermedad Tiroidea            | No       |
| Trastorno Del Tracto Digestivo | No       |
| Epilepsia                      | No       |
| Trastorno Psiquiátrico         | No       |
| VH                             | No       |

## Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

## Antecedentes Quirúrgicos

No relata procedimientos

## Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años 11 año(s)

FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

## Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

## Información del embarazo actual

Esta embarazada No

Observaciones ginecobstétricas FUR "HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

## Examen físico

Medidas Antropométricas Peso: 80 kg, Talla: 157 cm, IMC: 32.46, Clasificación según IMC: Obesidad tipo I

Otros signos vitales Sitio de toma de temperatura: Axilar

Central De Especialistas Castellana (137946)

Control Ortopedia

Fecha de la atención 19/02/2020 12:35



Estado general del paciente buen estado general.

Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** evolucion hasta ahora adecuada. se deriva a manejo de linfedema por parte de qx vascular; debe mejorar su IMC.

reiniciar terapia, puede dar apoyo protegido a ambas piernas, rx control y cita 1 mes. prorroga de incapacidad 1 mes inicia 16.2.2020. cita a fisiatra ss valoracion para rehabilitacion integral. fx bilateral de platillos tibiales, puede iniciar apoyo. la meta es liberar silla de ruedas. cita psicologia por solicitud de la paciente.

**Notas de expectativas y metas:** evolucion hasta ahora adecuada. se deriva a manejo de linfedema por parte de qx vascular; debe mejorar su IMC.

reiniciar terapia, puede dar apoyo protegido a ambas piernas, rx control y cita 1 mes. prorroga de incapacidad 1 mes inicia 16.2.2020. cita a fisiatra ss valoracion para rehabilitacion integral. fx bilateral de platillos tibiales, puede iniciar apoyo. la meta es liberar silla de ruedas. cita psicologia por solicitud de la paciente.

|   |                     |   |
|---|---------------------|---|
| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico  |
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido | bilateral   |
| Otros diagnósticos                                | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico  |
| S818-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA          | Confirmado repetido | defecto de cobertura en dehiscencia de sutura de pierna derecha |
| Otros diagnósticos                                | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico  |
| I890-LINFEDEMA, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE      | Confirmado nuevo    |   |
| Otros diagnósticos                                | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico  |
| E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA                    | Confirmado nuevo    | IMC 32.7  |

Recomendaciones

Recomendaciones: evolucion hasta ahora adecuada. se deriva a manejo de linfedema por parte de qx vascular; debe mejorar su IMC.

reiniciar terapia, puede dar apoyo protegido a ambas piernas, rx control y cita 1 mes. prorroga de incapacidad 1 mes inicia 16.2.2020. cita a fisiatra ss valoracion para rehabilitacion integral. fx bilateral de platillos tibiales, puede iniciar apoyo. la meta es liberar silla de ruedas. cita psicologia por solicitud de la paciente.

Causa externa y finalidad

Causa externa y finalidad

Causa externa

Enfermedad general

Finalidad de la consulta

No aplica

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

| Código  | Tipo | Nombre   | Cantidad |
|---------|------|--|----------|
| 8734200 | pos  | RADIOGRAFIA DE RODILLA AP, LATERAL COMPARATIVA | 1        |

Remisión

| Código | Tipo | Nombre                              | Cantidad |
|--------|------|-------------------------------------|----------|
| 890208 | pos  | CONSULTA PSICOLOGIA                 | 1        |
| 29122  | pos  | EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS | 1        |

Recomendaciones

evolucion hasta ahora adecuada. se deriva a manejo de linfedema por parte de qx vascular; debe mejorar su IMC. reiniciar terapia, puede dar apoyo protegido a ambas piernas, rx control y cita 1 mes. prorroga de incapacidad 1 mes inicia 16.2.2020. cita a fisiatra ss valoracion para rehabilitacion integral. fx bilateral de platillos tibiales, puede iniciar apoyo. la meta es liberar silla de ruedas. cita psicologia por solicitud de la paciente.

Información del profesional

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

CC 94489926

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro 76141004

ID Historia 29065701



Central De Especialistas Castellana (137946)

**Control Ortopedia**

Fecha de la atención 19/02/2020 12:35





Orden : 99998-928255200

IPS Atiende : (99998)CENTRO DE ESPECIALISTAS

NIT. 800088702

Paciente : PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Identificación : CC 31484077

## N° Fecha

## Recomendación

1 2020/01/22

puede iniciar apoyo progresivo, hacer fortalecimiento, mantener movilidad.

2 2020/01/22

cita 1 mes ortopedia.

3 2020/01/22

se autoriza inicio de apoyo de extremidades progresivo a total, mantener movilidad, fortalecimiento, control 1 mes nueva rx comparativa.

4 2020/01/22

Señor Usuario: presentarse 8 días antes de la fecha de realización de los exámenes (t) en su IPS básica (2712) a tramitar las ordenes ( 99998-928255300). Indicar al punto de servicio que ya están cargadas en el sistema de acuerdo a esta fecha de atención 2020/01/22.

Profesional : CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

Identificación : CC 94489926

Registro : 76141004

Imprime : LEYDGI ZP Fecha : 2020/01/22

IPS : CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA

140779926F200122I31489448



**HISTORIA CLINICA No. 31484077**

**Nombre:** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
**Fecha Nac.:** 17/09/1980  
**Edad:** 41 Años  
**Dirección:** CARRERA 11F# 38 -86// EL TRONCAL  
**Responsable:** Juan Torres  
**Aseguradora:** EPS SURA

**Identificación:** CC 31484077  
**Sexo:** Femenino  
**Estado Civil:** Soltero  
**Telefonos:** 0 - 3206799314  
**Telefono:** 0  
**Acompañante:** Juan Torres

**Fecha de Atencion:** 08/05/2020 07:30:00

**MOTIVO CONSULTA:**

Motivo de consulta igual que el anterior.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

POP FX ESPINA TIBIAL

**REVISION DE SISTEMAS:**

Paciente que bajo modalidad de telerehabilitación se le realiza sesión de tratamiento a través de plataforma utilizada WSP indicando ejercicios a realizar. Paciente comprende los ejercicios y se programa control para el 11 de Mayo.

**ANTECEDENTES MEDICAMENTOS:**

Ninguno.

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS:**

Lipidemia

**ANTECEDENTES QUIRURGICOS:**

Fx de humero

**ANTECEDENTES TOXICOS:**

Ninguno.

**ANTECEDENTES ALERGICOS:**

Ninguno.

**ANTECEDENTES GINECOBISTETRICOS:**

Embarazos:      Partos:      Abortos.:      Cesareas:      Perdidas Embarazo:

F.U.M.:      Ciclos Menstruales:

Menarca:      Planifica: NO

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Papá DBT - HTA

**EXAMEN FISICO:**

Peso:      Talla:      Frec. Resp.:      Presion Art.:      Temp:  
 Indice de Masa Corporal:      Peso menor al Normal.      Glasgow:      Saturacion:

**DIAGNOSTICO:**

S821: FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

|  |  |
|--|--|
| HISTORIA CLINICA No. 3484077   |  |
| Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ<br>Fecha Nac: 17/03/1980<br>Edad: 41 Años<br>Dirección: CARRERA 11 Fm 38 - 88 EL TRONCAL<br>Responsable: Juan Torres<br>Asesorador: EPS SUR  | Identificación: CC 31484077<br>Sexo: Femenino<br>Estado Civil: Soltera<br>Teléfono: 0 - 32073914<br>Teléfono: 0<br>Asesorador: Juan Torres |
| Fecha de Atención: 08/03/2020 07:00:00   |  |
| MOTIVO CONSULTA:<br>Motivo de consulta: Guai que el examen   |  |
| EXAMENES ACTUALES:<br>POR EXAMEN FÍSICO  |  |
| REVISIÓN DE SISTEMAS:<br>Paciente que bajo modalidad de telemedicina se le realiza examen de inspección y a través de sistema de video-tele-<br>incluyendo ejercicios a realizar. Paciente comprende los ejercicios y se encuentra controlada en el momento. |  |
| ANTECEDENTES MEDICAMENTOS:<br>Ninguno.   |  |
| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:<br>Diabetes.   |  |
| ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:<br>Rx de húmero  |  |
| ANTECEDENTES TÓXICOS:<br>Ninguno.  |  |
| ANTECEDENTES ALÉRGICOS:<br>Ninguno.  |  |
| ANTECEDENTES GINECOGASTRÓLOGOS:<br>Ginecología: Pausa<br>Abdomen: Abdomen<br>Otros aparatos: Otros aparatos  |  |
| EXAMENES:<br>Físico: Físico<br>Fisiología: Fisiología  |  |
| ANTECEDENTES FAMILIARES:<br>Pad. DET - HTA   |  |
| EXAMEN FÍSICO:<br>Piel: Piel<br>Tórax: Tórax<br>Signos de vida: Signos de vida<br>Puntos de dolor: Puntos de dolor   |  |
| DIAGNÓSTICO:<br>8801. FRACTURA DE LA ESPINA SUPERIOR DE LA TALA  |  |



## HISTORIA CLINICA No. 31484077

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
 Fecha Nac.: 17/09/1980  
 Edad: 41 Años  
 Direccion: CARRERA 11F# 38 -86// EL TRONCAL  
 Responsable: Juan Torres  
 Aseguradora: EPS SURA

Identificacion: CC 31484077  
 Sexo: Femenino  
 Estado Civil: Soltero  
 Telefonos: 0 - 3206799314  
 Telefono: 0  
 Acompañante: Juan Torres

Fecha de Atencion: 12/05/2020 10:00:00

### MOTIVO CONSULTA:

Motivo de consulta igual que el anterior.

### ENFERMEDAD ACTUAL:

POP FX ESPINA TIBIAL

### REVISION DE SISTEMAS:

Paciente que bajo modalidad de telerehabilitación se le realiza sesión de tratamiento a través de plataforma utilizada WSP indicando ejercicios a realizar. Paciente comprende los ejercicios y se programa control presencial el 13 de Mayo.

### ANTECEDENTES MEDICAMENTOS:

Ninguno.

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Lipidemia

### ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

Fx de humero

### ANTECEDENTES TOXICOS:

Ninguno.

### ANTECEDENTES ALERGICOS:

Ninguno.

### ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS:

Embarazos:

Partos:

Abortos.:

Cesareas:

Perdidas Embarazo:

F.U.M.:

Ciclos Menstruales:

Menarca:

Planifica: NO

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Papá DBT - HTA

### EXAMEN FISICO:

Peso:

Talla:

Frec. Resp.:

Presion Art.:

Temp:

Indice de Masa Corporal: Peso menor al Normal.

Glasgow:

Saturacion:

### DIAGNOSTICO:

S821: FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| HISTORIA CLINICA NO. 3448477   |  | Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ<br>Fecha Nac: 17/08/1980<br>Edad: 44 Años<br>Dirección: CARRERA 117 # 33 - 33A EL TIGONAL<br>Responsable: Juan Torres<br>Asesorado: EPS SURA   |  |
| Identificación CC 8144177<br>Sexo: Femenino<br>Estado Civil: Soltera<br>Teléfono: 0 - 320378314<br>Teléfono: 0<br>Asesorado: Juan Torres |  | Fecha de Atención: 12/08/2022 16:00hrs<br>MOTIVO CONSULTA:<br>Motivo de consulta igual que el anterior.<br>EXAMENES ACTUALES:<br>POP FX BERNIA TIBIAL<br>REVISION DE SISTEMAS:<br>Paciente que bajo modalidad de telemedicina se le realizó examen de visualización a través de videomicroscopio (VDR) indicando efectos de lesión. Paciente con antecedentes de lesiones y se sugiere control mensual de 10 días.<br>ANTECEDENTES MEDICAMENTOS:<br>Ninguno.<br>ANTECEDENTES PATOLOGICOS:<br>Litiasis.<br>ANTECEDENTES QUIRURGICOS:<br>Rx de húmero.<br>ANTECEDENTES TOXICOS:<br>Ninguno.<br>ANTECEDENTES ALERGICOS:<br>Ninguno.<br>ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:<br>Embarazos:<br>Partos:<br>Abortos:<br>Oligospermia:<br>FUM:<br>Menstruación:<br>ANTECEDENTES FAMILIARES:<br>Papá DET - HTA<br>EXAMEN FISICO:<br>Peso:<br>Talla:<br>Índice de Masa Corporal: Peso normal a ligero.<br>DIAGNOSTICO:<br>8321 FRACTURA DE LA CERVICAL SUPERIOR DEL TIBIA |  |
| 08/08/2022 16:00hrs  |  | 08/08/2022 16:00hrs  |  |

## Información básica del paciente y la atención

Plan:

POS

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Identificación  
CC 31484077Fecha de nacimiento  
17-09-1980Edad  
39 años (Adultez)Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación

POS

Teléfono fijo

3847669

Estado civil

Casado

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Otro teléfono fijo

3206799314

Ocupación

Independiente

Municipio

CALI

Dirección

CR 11 F 38-86

Correo electrónico

pafelo80@hotmail.com

## Motivo de Consulta

consulta presencial, se usan elementos de bioseguridad según protocolo de la institución, paciente acepta consulta.

## Enfermedad actual

control fx de platillos tibiales bilateral, acc de tránsito 21.10.19.

marchando con bastón, dolor leve.

no ha tenido cita a fisiatra ordenada desde hace 5 meses.

no tiene rx de control ordenada también hace 5 meses.

dice necesitar la incapacidad desde que se le venció la última hace varios meses (14.3.2020). cita previa en ortopedia 19.2.2020, se había citado para 1 mes en ese entonces.

ha tenido 10 sesiones de ft virtual.

## Revisión por Sistemas

refiere dolor, al ef no infección, movilidad completa, no señal de inestabilidad articular ni deformidad angular, no señal tampoco de lesión meniscal inestable en rodillas. buen llenado distal.

## Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Hipertensión arterial            | No       | EPOC                           | No       |
| Diabetes mellitus                | No       | Enfermedad tiroidea            | No       |
| Enfermedad isquémica del corazón | No       | Trastorno del tracto digestivo | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       | Epilepsia                      | No       |
| Cáncer                           | No       | Trastorno psiquiátrico         | No       |
| Insuficiencia renal crónica      | No       | VIH                            | No       |
| Asma                             | No       |                                |          |

## Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

## Antecedentes Quirúrgicos

No relata procedimientos

## Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años 11 año(s)

FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

## Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

## Información del embarazo actual

Esta embarazada No

Observaciones ginecobstétricas FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

## Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 157 cm

Otros signos vitales Sitio de toma de temperatura: Axilar

Estado general del paciente aceptable estado, ingresa on marcha independiente usando 1 baston.

## Análisis y plan

## Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Notas de análisis y plan: ss rx de control de rodillas ap lateral bilateral.

plan de FST para fortalecimiento, reeducacion en marcha liberando baston, puede dar apoyo completo.

cita ortopedia con reportes.

dado que su incapacidad estaba en proceso de auditoria desde última vez y ahora solicita prorroga de estos ultimos meses, se pasa caso a estudio por parte de medicina laboral se informara a med laboral dra chaverra.

analgesia acetaminofen tramadol. se insiste en bajar peso.

| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico |
|---|---------------------|------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido | bilateral        |
| Otros diagnósticos                                | Tipo de diagnóstico |                  |
| E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA                    | Confirmado repetido |                  |

## Causa externa y finalidad

## Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

## Conducta final

## Prescripción de medicamentos

| Código | Tipo | Nombre   | Posología                                | Cantidad |
|--------|------|--|--|----------|
| 16129  | pos  | TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/ML SOLUCION ORAL X 10 ML | 3 GOTAS cada 24 Horas durante 7 Dias     | 1        |
| 16137  | pos  | ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA                          | 1 TABLETAS cada 12 Horas durante 30 Dias | 60       |

## Ayudas diagnósticas

| Código  | Tipo | Nombre   | Cantidad |
|---------|------|--|----------|
| 8734200 | pos  | RADIOGRAFIA DE RODILLA AP, LATERAL COMPARATIVA | 1        |

## Remisión

| Código | Tipo | Nombre                              | Cantidad |
|--------|------|-------------------------------------|----------|
| 29122  | pos  | EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS | 1        |

## Información del profesional

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

CC 94489926

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro 76141004

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Identificación  
CC 31484077Fecha de nacimiento  
17-09-1980Edad  
39 años (Adultez)Sexo  
FemeninoTipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
3847669  
Estado civil  
CasadoDepartamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
IndependienteMunicipio  
CAUDirección  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico  
pafelo60@hotmail.com

## Motivo de Consulta

telemedicina contingencia covid, paciente acepta llamado una vez se explica naturaleza del mismo.

## Enfermedad actual

control fx de platillos tibiales bilateral, acc de transito 21.10.19, aun usa baston, dolor leve en pierna rodilla izquierdas, no ha tenido cita a fisiatra ordenada, no tiene rx de control ordenada, la incapacidad esta en tramites de reclamacion; cita previa en ortopedia julio 2020, completa alrededor de 30 terapias, no infeccion, movilidad completa documentada previamente, no señales de inestabilidad articular ni deformidad angular, no señal tampoco de lesion meniscal inestable en rodillas, buen llenado distal,

se cita con reporte de rx pendiente por tomarse, plan de 10 sesiones mas de tf para fortalecimiento de pierna izquierda, rehabilitacion en marcha y liberacion de baston.

pendiente valoracion por fisiatra.

## Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Hipertensión arterial            | No       | EPOC                           | No       |
| Diabetes mellitus                | No       | Enfermedad tiroidea            | No       |
| Enfermedad isquémica del corazón | No       | Trastorno del tracto digestivo | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       | Epilepsia                      | No       |
| Cáncer                           | No       | Trastorno psiquiátrico         | No       |
| Insuficiencia renal crónica      | No       | VIH                            | No       |
| Asma                             | No       |                                |          |

## Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

## Antecedentes Quirúrgicos

No relata procedimientos

## Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años 11 año(s)

FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

## Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

## Información del embarazo actual

Esta embarazada No

Observaciones ginecobstétricas FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

## Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 157 cm

Otros signos vitales Sitio de toma de temperatura: Axilar

Central De Especialistas Castellana (137946)

Consulta telemedicina ortopedia

Fecha de la atención 31/08/2020 17:13



Estado general del paciente lo anotado

Análisis y plan

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión 26-08-2020

Número de días 5

Estado

En progreso

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

**Notas de análisis y plan:** se cita con reporte de rx pendiente por tomarse, plan de 10 sesiones mas de if para fortalecimiento de pierna izquierda, rehabilitación en marcha y liberación de bastón. la incapacidad esta en tramite de autorizacion de prorroga.

| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico |
|---|---------------------|------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido | bilateral        |
| Otros diagnósticos                                | Tipo de diagnóstico |                  |
| E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA                    | Confirmado repetido |                  |

Causa externa y finalidad

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta

No aplica

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

Remisión

| Código | Tipo | Nombre                              | Cantidad |
|--------|------|-------------------------------------|----------|
| 50170  | pos  | CONSULTA ORTOPEDIA                  | 1        |
| 29122  | pos  | EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS |          |

Información del profesional

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

CC 94489926

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro 76141004



Central De Especialistas Castellana (137946)

Consulta telemedicina ortopedia

Fecha de la atención 31/08/2020 17:13



Estado general del paciente lo anotado

Análisis y plan

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión 26-08-2020

Número de días 5

Estado

En progreso

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

**Notas de análisis y plan:** se cita con reporte de rx pendiente por tomarse, plan de 10 sesiones mas de tf para fortalecimiento de pierna izquierda, rehabilitacion en marcha y liberacion de bastón.  
la incapacidad esta en tramite de autorizacion de proroga.

| Diagnóstico principal                             | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico |
|---|---------------------|------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA | Confirmado repetido | bilateral        |
| Otros diagnósticos                                | Tipo de diagnóstico |                  |
| E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA                    | Confirmado repetido |                  |

Causa externa y finalidad

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta

No aplica

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

Remisión

| Código | Tipo | Nombre                              | Cantidad |
|--------|------|-------------------------------------|----------|
| 50170  | pos  | CONSULTA ORTOPEDIA                  | 1        |
| 29122  | pos  | EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS | 1        |

Información del profesional

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

CC 94489926

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro 76141004



Central De Especialistas Castellana (137946)  
Consulta telemedicina ortopedia  
Fecha de la atención 31/08/2020 17:13



## Información básica del paciente y la atención

Plan

POS

**Paola Fernanda Lozano Ramirez**

Identificación  
CC 31484077

Fecha de nacimiento  
17-09-1980

Edad  
39 años (Adultez)

Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
3847669  
Estado civil  
Casado

Departamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
Independiente

Municipio  
CALI

Dirección  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico  
pafel680@hotmail.com

## Motivo de Consulta

telemedicina contingencia covid, paciente acepta llamado una vez se explica naturaleza del mismo.

## Enfermedad actual

control fx de platillos tibiales bilateral, arc de transito 21.10.19, aun usa baston, dolor leve en pierna rodilla izquierdas, no ha tenido cita a fisiatra ordenada, no tiene rx de control ordenada, la incapacidad esta en tramites de reclamacion; cita previa en ortopedia julio 2020, completa alrededor de 30 terapias, no infeccion, movilidad completa documentada previamente, no señales de inestabilidad articular ni deformidad angular, no señal tampoco de lesion meniscal inestable en rodillas, buen llenado distal.

se cita con reporte de rx pendiente por tomarse, plan de 10 sesiones mas de tf para fortalecimiento de pierna izquierda, rehabilitacion en marcha y liberacion de bastón.

pendiente valoracion por fisiatra.

## Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presencia | Patología                      | Presencia |
|----------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| Hipertensión arterial            | No        | EPOC                           | No        |
| Diabetes mellitus                | No        | Enfermedad tiroidea            | No        |
| Enfermedad isquémica del corazón | No        | Trastorno del tracto digestivo | No        |
| Trastorno de la Coagulación      | No        | Epilepsia                      | No        |
| Cáncer                           | No        | Trastorno psiquiátrico         | No        |
| Insuficiencia renal crónica      | No        | VIH                            | No        |
| Asma                             | No        |                                |           |

## Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

## Antecedentes Quirúrgicos

No relata procedimientos

## Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años 11 año(s)

RUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

## Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

## Información del embarazo actual

Esta embarazada No

Observaciones ginecobstétricas FUJ " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

## Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 157 cm

Otros signos vitales Sitio de toma de temperatura: Axilar



Ips Colsubsidio Cali (2712)

Consulta Médico Centinela

Fecha de la atención 07/09/2020 08:04



## Información básica del paciente y la atención

Plan:

POS

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Identificación  
CC 31484077Fecha de nacimiento  
17-09-1980Edad  
39 años(Adultez)Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación:

POS

Teléfono fijo

3847669

Estado civil

Casado

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Otro teléfono fijo

3206799314

Ocupación

Independiente

Municipio

CALI

Dirección

CR 11 F 38-86

Correo electrónico

pafelo80@hotmail.com

## Motivo de Consulta

POR MEDIDAS TOMADAS POR PANDEMIA DE COVID 19 SE COMUNICA A TELEFONOS REGISTRADOS EN HISTORIA CLINICA Y BASE DE DATOS.

## Enfermedad actual

paciente quien ya fue valorada en consulta medico centinela en pasado 26/08/2020 , se explico proceso a seguir.

refiere " el ortopedista me envió a cita de medico laboral y me dieron otra vez cita con usted" tuvo consulta de control ortopedia y traumatologia el pasado : 31/08/2020 , dr : CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA describe: " control fx de platillos tibiales bilateral , acc de transito 21.10.19. aun usa baston, dolor leve en pierna rodilla izquierdas, no ha tenido cita a fisiatra ordenada, no tiene rx de control ordenada. la incapacidad esta en tramites de reclamacion; cita previa en ortopedia julio 2020, completa alrededor de 30 terapias. no infección, movilidad completa documentada previamente, no señales de inestabilidad articular ni deformidad angular, no señal tampoco de lesion meniscal inestable en rodillas, buen llenado distal. se cita con reporte de rx pendiente por tomarse. plan de 10 sesiones mas de tf para fortalecimiento de pierna izquierda, rehabilitación en marcha y liberación de bastón, pendiente valoración por fisiatra "

refier la paciente " es que el ortopedista me manda a trabajar , pero yo no me siento bien para trabajar "

## Antecedentes Patológicos

| Enfermedad                       | Presencia | Enfermedad                     | Presencia |
|----------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| Hipertensión arterial            | No        | EPOC                           | No        |
| Diabetes mellitus                | No        | Enfermedad tiroidea            | No        |
| Enfermedad isquémica del corazón | No        | Trastorno del tracto digestivo | No        |
| Trastorno de la Coagulación      | No        | Epilepsia                      | No        |
| Cáncer                           | No        | Trastorno psiquiátrico         | No        |
| Insuficiencia renal crónica      | No        | VIH                            | No        |
| Asma                             | No        |                                |           |

## Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

## Antecedentes Quirúrgicos

No relata procedimientos

## Antecedentes ginecobstétricos

Menarca años 11 año(s)

FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

## Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

## Información del embarazo actual

Esta embarazada No

Observaciones ginecobstétricas FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA "

ID Historia 38451337

Página 1 de 2

[illegible][illegible][illegible][illegible]

the  $\beta$  phase of the polymer. The  $\beta$  phase is the most important phase in the polymer, as it is the phase that is most responsible for the mechanical properties of the polymer. The  $\beta$  phase is the phase that is most responsible for the mechanical properties of the polymer. The  $\beta$  phase is the phase that is most responsible for the mechanical properties of the polymer.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The number of transformed cells was determined by the number of colonies growing on the selective medium. The results are the mean of three independent experiments. Error bars represent standard deviation.

| Age Group | 1997 | 2000 | 2003 |
|-----------|------|------|------|
| 18-29     | ~85  | ~80  | ~85  |
| 30-49     | ~75  | ~70  | ~75  |
| 50-69     | ~65  | ~60  | ~65  |
| 70+       | ~55  | ~50  | ~55  |

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The number of transformed cells was determined by the number of colonies obtained after plating on the selective medium. The results are the mean of three independent experiments. Error bars represent standard deviation.

Figure 1. The effect of the number of trials on the number of correct responses. The number of correct responses was significantly higher than the number of incorrect responses in all cases.



Ips Colsubsidio Cali (2712)

Consulta Médico Centinela

Fecha de la atención 07/09/2020 08:04



## Examen físico

**Medidas Antropométricas** Peso: 60 kg, Talla: 157 cm, IMC: 24.34, Clasificación según IMC: Peso normal

**Signos Vitales** Frecuencia cardíaca: 76 lpm, Frecuencia respiratoria: 16 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 86.67

**Estado general del paciente** cita no presencial, se reporta signos vitales al azar sistema no permite cierre de historia sin estos ítems

## Análisis y plan

### Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión 26-08-2020

Número de días 12

Estado

En progreso

### Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

**Notas de análisis y plan:** se explica nuevamente a paciente que ya tiene orden de reintegro laboral, orden de especialista tratante.

se indica solicitar directamente con empleador, valoración por medico laboral de la empresa donde labora.

| Diagnóstico principal          | Tipo de diagnóstico   |
|--------------------------------|-----------------------|
| Z719-CONSULTA, NO ESPECIFICADA | Impresión diagnóstica |

### Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta

No aplica

## Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas

### Remisión

## Información del profesional

ETHILSE VANESSA LENIS RIVERA

CC 29682725

MEDICO GESTOR RCV - RE

Registro 76-1303

[illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.

[illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.

## CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS SA.

NIT.: 800004579-2

SEDE PRINCIPAL

CALI - VALLE

FECHA : 2020/09/08

HORA : 04:41 PM

PAGINA: 01

## APOYO DIAGNOSTICO

|   |  |
|---|--|
| Paciente : LOZANO RAMIREZ PAOLA FERNANDA          | Edad: 039 AÑO                            |
| Nro. Ident. : 1-31484077                          | Sexo: F Est Civil : Telefono: 3206799314 |
| Fecha Evento : 2020-SEP-08                        | Hora: 04:40 PM Plan : EPS Cel.:          |
| Direccion : CRR11F N.38-86 CEL.3226075912         | Entidad: SURA EPS                        |
| Profesional : 0232 RAMIREZ JIMENEZ HERLINDA MARIA | Nro. Registro Medico: 29453              |
| Especialidad : FISIATRA                           |  |

## DIAGNOSTICO :

1.- SECUELAS DE FX DE TIBIA BILATERAL.

## EXAMEN SOLICITADO :

CONTROL AL TERMINAR LAS SS PARA DAR DE ALTA.

PIDA SU CITA DE CONTROL AL TELEFONO 4853232 OPCION 1 - EXT 200

PIDA SU CITA DE FISIOTERAPIA AL TELEFONO 4853232 OPCION 2 - EXT 202

Prof: RAMIREZ JIMENEZ HERLINDA MARIA

C.C 000000032780668

R.M.29453

ENTREGA

RECIBIDO

Herlinda M. Ramirez J.  
MD FISIATRA  
R.M. 32780668



## CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS SA

NIT.: 800004579-2

SEDE PRINCIPAL

CALI - VALLE

FECHA : 2020/09/02

HORA : 05:23 PM

PAGINA: 01

## HISTORIA CLINICA CONTROL

Paciente : LOZANO RAMIREZ PAOLA FERNANDA

Edad: 039 AÑO

Nro. Ident. : 1-31484077 Sexo: F Est Civil :

Telefono: 3206799314

Fecha Evento : 2020-SEP-02 Hora: 05:20 PM Plan : EPS

Cel.:

Direccion : CRR11F N.38-86 CEL.3226075912

Entidad: SURA EPS

Profesional : 0001 MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL

Nro. Registro Medico: RM 7267

Especialidad : ORTOPEDISTAS TRAUMATOLOGOS

## DETALLE : RODILLAS

PACIENTE QUE HACE 11 MESES TUVO ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE LA MOTO Y FRACTURARSE AMBAS RODILLAS EN LOS PLATILLOS TIBIALES EN FVL FUE OPERADA EN CLINICA VALLE DE LILI HOSPITALIZADA DURANTE UNA SEMANA AHORA REFIERE DOLOR EN LA RODILLA IZDA CON LIMITACION DE LA FUNCION DICE QUE ESTAR PARADA LE GENERA MUCHO DOLOR

PACIENTE CON SOBRE PESO 81kg vs 157cm MARCHA LEVE COJERA PNTALGICA CON AMA DE AMBAS RODILLA NORMAL SIN SIGNOS DE LESION DE CRUZADOS CON BOSTEZO MEDIAL GL EN LA RODILLA IZDA SIN SIGNOS MENISCALES SIN DERRA ME ARTICULAR CICATRICES MEDIALES LATERALES SANAS NOTABLE DISMINUCION DE LA FUERZA DE CUADRICEPS MAS EN EL LADO IZDO EDEMA DE LOS MMII (?) Rx DE HOY MUESTRA FRACTURAS CONSOLIDADAS EN BUENA POSICION CON PLACAS MEDIALES Y LATERALES EN BUENA POSICION SIN SIGNOS DE AFLOJAMIENTO EXOPlico A LA PACIENTE LA NECESIDAD DE PRACTICAR LOS EJERCICIOS APRENDIDOS Y RECUPERAR LA FUERZA DEL CUADRICEPS ENVIA FISIOTERAPIA R EINTREGRO LABIORAL CON RECOMENDACIONES DE FUERZA CARGA GRADOS CUCLILLAS SALTOS CONTROL DEL PESO EVALUACION EN MEDICINA LABORAL

PIDA SU CITA DE CONTROL AL TELEFONO 4853232 OPCION 1

PIDA SU CITA DE FISIOTERAPIA AL TELEFONO 4853232 EXT 202

Prof: MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL

C.C 000000014979213

R.M.RM 7267

ENTREGADO

RECIBIDO

Dr. Fernando Mejia López  
Ortopedia y Traumatología  
C.C. 14.979.213 - Cali  
T.P. 605078 REG. 7267

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. This is essential for ensuring the integrity of the financial system and for providing a clear audit trail. The records should be kept up-to-date and should be accessible to all authorized personnel.

2. The second part of the document outlines the procedures for handling incoming payments. It is important to ensure that all payments are received and recorded correctly. The procedures should include a clear process for verifying the amount and source of the payment, and for issuing receipts to the payer.

3. The third part of the document describes the process for making outgoing payments. It is important to ensure that all payments are made accurately and on time. The procedures should include a clear process for verifying the amount and destination of the payment, and for obtaining the necessary approvals before making the payment.

4. The fourth part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all assets and liabilities. This is essential for ensuring the integrity of the financial system and for providing a clear audit trail. The records should be kept up-to-date and should be accessible to all authorized personnel.

5. The fifth part of the document outlines the procedures for handling incoming payments. It is important to ensure that all payments are received and recorded correctly. The procedures should include a clear process for verifying the amount and source of the payment, and for issuing receipts to the payer.

6. The sixth part of the document describes the process for making outgoing payments. It is important to ensure that all payments are made accurately and on time. The procedures should include a clear process for verifying the amount and destination of the payment, and for obtaining the necessary approvals before making the payment.

7. The seventh part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all assets and liabilities. This is essential for ensuring the integrity of the financial system and for providing a clear audit trail. The records should be kept up-to-date and should be accessible to all authorized personnel.

8. The eighth part of the document outlines the procedures for handling incoming payments. It is important to ensure that all payments are received and recorded correctly. The procedures should include a clear process for verifying the amount and source of the payment, and for issuing receipts to the payer.

9. The ninth part of the document describes the process for making outgoing payments. It is important to ensure that all payments are made accurately and on time. The procedures should include a clear process for verifying the amount and destination of the payment, and for obtaining the necessary approvals before making the payment.

10. The tenth part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all assets and liabilities. This is essential for ensuring the integrity of the financial system and for providing a clear audit trail. The records should be kept up-to-date and should be accessible to all authorized personnel.

11. The eleventh part of the document outlines the procedures for handling incoming payments. It is important to ensure that all payments are received and recorded correctly. The procedures should include a clear process for verifying the amount and source of the payment, and for issuing receipts to the payer.

12. The twelfth part of the document describes the process for making outgoing payments. It is important to ensure that all payments are made accurately and on time. The procedures should include a clear process for verifying the amount and destination of the payment, and for obtaining the necessary approvals before making the payment.

13. The thirteenth part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all assets and liabilities. This is essential for ensuring the integrity of the financial system and for providing a clear audit trail. The records should be kept up-to-date and should be accessible to all authorized personnel.

14. The fourteenth part of the document outlines the procedures for handling incoming payments. It is important to ensure that all payments are received and recorded correctly. The procedures should include a clear process for verifying the amount and source of the payment, and for issuing receipts to the payer.

15. The fifteenth part of the document describes the process for making outgoing payments. It is important to ensure that all payments are made accurately and on time. The procedures should include a clear process for verifying the amount and destination of the payment, and for obtaining the necessary approvals before making the payment.

## CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS SA

NIT.: 800004579-2

SEDE PRINCIPAL

CALI - VALLE

FECHA : 2020/09/02

HORA : 05:23 PM

PAGINA: 01

## APOYO DIAGNOSTICO

Paciente : LOZANO RAMIREZ PAOLA FERNANDA Edad: 039 AÑO  
Nro. Ident. : 1-31484077 Sexo: F Est Civil : Telefono: 3206799314  
Fecha Evento : 2020-SEP-02 Hora: 05:21 PM Plan : EPS Cel.:  
Direccion : CRR11F N.38-86 CEL.3226075912 Entidad: SURA EPS

Profesional : 0001 MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL Nro. Registro Medico: RM 7267  
Especialidad : ORTOPEDISTAS TRAUMATOLOGOS

## DIAGNOSTICO :

SECUELAS FRACTURAS RODILLAS

## EXAMEN SOLICITADO :

MODALIDADES FORTALECIMIENTO MUSCULAR RODILLA MO  
VILIZAR ROTULAS ESTIRAMIENTOS MARCHA  
SESIONES 15

PIDA SU CITA DE CONTROL AL TELEFONO 4853232 OPCION 1 - EXT 200

PIDA SU CITA DE FISIOTERAPIA AL TELEFONO 4853232 OPCION 2 - EXT 202

Prof: MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL

C.C 000000014979213

R.M.RM 7267

ENTREGADO

RECIBIDO

Dr. Fernando Mejia López  
Ortopedia y Traumatología  
C.C. 14.979.213 - Cali  
T.P. 8080718 REG. 7267



15

1. The first part of the document is a list of names and addresses. The names are: John Doe, Jane Doe, and John Doe. The addresses are: 123 Main St, 456 Main St, and 789 Main St.

2. The second part of the document is a list of names and addresses. The names are: John Doe, Jane Doe, and John Doe. The addresses are: 123 Main St, 456 Main St, and 789 Main St.

## CENTRO DE ORTOPEdia Y FRACTURAS SA

NIT.: 800004579-2

SEDE PRINCIPAL

CALI - VALLE

FECHA : 2020/09/08

HORA : 04:40 PM

PAGINA: 01

## APOYO DIAGNOSTICO

Paciente : LOZANO RAMIREZ PAOLA FERNANDA  
Nro. Ident. : 1-31484077 Sexo: F Est Civil :  
Fecha Evento : 2020-SEP-08 Hora: 04:39 PM Plan : EPS  
Direccion : CRR11F N.38-86 CEL.3226075912 Entidad: SURA EPS  
Profesional : 0232 RAMIREZ JIMENEZ HERLINDA MARIA  
Especialidad : FISIATRA Nro. Registro Medico: 29453

## DIAGNOSTICO :

1.- SEQUELAS DE FX DE TIBIA BILATERAL.

## EXAMEN SOLICITADO :

SE REMITE A NUTRICION Y DIETETICA.

PIDA SU CITA DE CONTROL AL TELEFONO 4853232 OPCION 1 - EXT 200

PIDA SU CITA DE FISIOTERAPIA AL TELEFONO 4853232 OPCION 2 - EXT 202

Prof: RAMIREZ JIMENEZ HERLINDA MARIA  
C.C 000000032780668  
R.M.29453

ENTREGADO

RECIBIDO

M. JIMENEZ H. RAMIREZ J.  
R.M. 32780668  
FISIATRA



## CENTRO DE ORTOPEdia Y FRACTURAS SA

NIT.: 800004578-2

SEDE PRINCIPAL

CALI - VALLE

FECHA : 2020/09/02

HORA : 05:23 PM

PAGINA: 01

## APOYO DIAGNOSTICO

Paciente : LOZANO RAMIREZ PAOLA FERNANDA  
Nro. Ident. : 1-31484077 Sexo: F Est Civil :  
Fecha Evento : 2020-SEP-02 Hora: 05:21 PM Plan : EPS  
Direccion : CRR11F N.38-86 CEL:3226075912 Entidad: SURA EPS

Edad: 039 AÑO  
Telefono: 3206799314  
Cel.:

Profesional : 0001 MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL  
Especialidad : ORTOPEDISTAS TRAUMATOLOGOS-  
Nro. Registro Medico: RM 7267

## DIAGNOSTICO :

SECUELAS FRACTURAS RODILLAS

## EXAMEN SOLICITADO :

MODALIDADES FORTALECIMIENTO MUSCULAR RODILLA MO  
VILIZAR ROTULAS ESTIRAMIENTOS MARCHA  
SESIONES 15

PIDA SU CITA DE CONTROL AL TELEFONO 4853232 OPCION 1 - EXT 200

PIDA SU CITA DE FISIOTERAPIA AL TELEFONO 4853232 OPCION 2 - EXT 202

Prof: MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL

C.C 000000014979213

R.M.RM 7267

ENTREGADO

RECIBIDO

Dr. Fernando Mejia López  
Ortopedia y Traumatología  
C.C. 14.979.213 - Cali  
T.P. 6050778 REG. 7267



## CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS SA

NIT.: 800004579-2

SEDE PRINCIPAL

CALI - VALLE

FECHA : 2020/09/08

HORA : 04:41 PM

PAGINA: 01

## HISTORIA CLINICA CONTROL

|              |                                       |                       |                 |
|--------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------|
| Paciente     | : LOZANO RAMIREZ PAOLA FERNANDA       | Edad:                 | 039 AÑO         |
| Nro. Ident.  | : 1-31484077                          | Sexo:                 | F Est Civil :   |
| Fecha Evento | : 2020-SEP-08                         | Hora:                 | 04:38 PM Plan : |
| Direccion    | : CRR11F N.38-86 CEL.3226075912       | EPS                   | Cal.:           |
|              |                                       | Entidad:              | SURA EPS        |
| Profesional  | : 0232 RAMIREZ JIMENEZ HERLINDA MARIA | Nro. Registro Medico: | 29453           |
| Especialidad | : FISIATRA                            |                       |                 |

## DETALLE :

MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR EN LAS RODILLAS.

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EN AMBAS RODILLAS DESDE EL 21/19/20 CUANDO TUVO ACCIDENTE EN MOTO, CAYO EN UN HUECO, QUE SE ACOMPAÑA DE EDEMA EN LAS RODILLAS Y DE CHASQUIDO ARTICULAR. FUE INTERVENIDA DE AMBAS RODILLAS DONDE LE COLOCARON OST.

REFIERE QUE HA REALIZADO 40 SESIONES DE FISIOTERAPIA A LA FECHA CON MEJORIA.

SIN LABORAR ACTUALMENTE, REFIERE QUE LA DESVINCLARON ESTANDO EN INCAPACIDAD ACTUALMENTE.

## ANTECEDENTES PERSONALES:

NIEGA ALERGIAS Y PATOLOGÍAS.

EXAMEN FÍSICO: PACIENTE QUE INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CON SOBREPESO, CON MARCHA DE PATRON CLAUDICANTE, CON ASISTENCIA DE BASTON DE UN PUNTO POR INDICACION PROPIA SEGUN REFIERE POR DOLOR, CON AMAS DE LAS RODILLAS COMPLETAS Y NO DOLOROSAS, CON CHASQUIDO ARTICULAR DE PREDOMINIO DERECHO, FM GRADO 4-/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA, CON CICATRICES QUIRURGICAS EN AMBAS PIERNAS.

IMPRESION DIAGNOSTICA: 1.- SECUELAS DE FX DE TIBIA BILATERAL.

CONDUCTA: PACIENTE QUE CURSA CON SECUELAS DE FX DE TIBIA BILATERAL TERCIARIO PROXIMAL, CON SOBREPESO, A QUIEN SE LE EXPLICA QUE ESTO NO LE AYUDA A MEJORAR Y SE REMITE A NUTRICION Y DIETETICA, SE LE RECOMIENDA EL USO DE GELATINA SIN SABOR POR EL ALTO CONTENIDO DE COLAGENO COMO COADYUVANTE A LA MEJORIA ARTICULAR. SE INDICA TERMINAR EL PLAN DE RHB QUE REALIZA ACTUALMENTE Y CONTROL AL TERMINAR LAS SESIONES PARA DAR DE ALTA.

PIDA SU CITA DE CONTROL AL TELEFONO 4853232 OPCION 1  
PIDA SU CITA DE FISIOTERAPIA AL TELEFONO 4853232 EXT 202





Prof: RAMIREZ JIMENEZ HERLINDA MARIA  
C.C 000000032780668  
R.M.29453

ENTREGADO

RECIBIDO



## CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS SA

NIT.: 800004579-2

SEDE PRINCIPAL

CALI - VALLE

FECHA : 2020/09/02

HORA : 05:23 PM

PAGINA: 01

## APOYO DIAGNOSTICO

Paciente : LOZANO RAMIREZ PAOLA FERNANDA  
Nro. Ident. : 1-31484077 Sexo: F Est Civil :  
Fecha Evento : 2020-SEP-02 Hora: 05:22 PM Plan : EPS  
Direccion : CRRIF N.38-86 CEL.3226075912 Entidad: SURA EPS

Edad: 039 AÑO  
Telefono: 3206799314  
Cel.:

Profesional : 0001 MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL  
Especialidad : ORTOPEDISTAS TRAUMATOLOGOS  
Nro. Registro Medico: RM 7267

## DIAGNOSTICO :

SECUELAS FRACTURAS RODILLAS

## EXAMEN SOLICITADO :

CITA A MEDICINA LABORAL

PIDA SU CITA DE CONTROL AL TELEFONO 4853232 OPCION 1 - EXT 200  
PIDA SU CITA DE FISIOTERAPIA AL TELEFONO 4853232 OPCION 2 - EXT 202

Prof: MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL

C.C 00000001-209213

R.M.RM

ENTREGADO

RECIBIDO

Dr. Fernando Mejia Lopez  
Ortopedia y Traumatología  
C.C. 14.979.213 - Cali  
T.P. 6050778 REG. 7267



## EVENTOS POR PACIENTE

## Numero de Identificación

31484077

Nombre: Paola Fernanda Lozano Ramirez

Ver Eventos

| Evento | Fecha Atencion         | Responsable | Usuario   | Tipo Evento                                  | Profesional                     | Ult Us Mod | Fecha Mod              | Estado Evento | Estado Cita  | Num Factura |
|--------|------------------------|-------------|-----------|--|---------------------------------|------------|------------------------|---------------|--------------|-------------|
| 50031  | 23/01/2020<br>16:50:00 | EPS SURA    | Ajaramilo | Evaluación Inicial<br>Terapia Física         | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo  | 27/03/2020<br>15:17:08 | Facturado     | Asistio      | CC-13055    |
| 51071  | 28/01/2020<br>15:00:00 | EPS SURA    | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo  | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado     | Asistio      | CC-13055    |
| 51657  | 30/01/2020<br>13:55:00 | EPS SURA    | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo  | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado     | Asistio      | CC-13055    |
| 51962  | 31/01/2020<br>14:15:00 | EPS SURA    | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo  | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado     | Asistio      | CC-13055    |
| 52741  | 04/02/2020<br>14:35:00 | EPS SURA    | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU     | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado     | Asistio      | CC-13055    |
| 53230  | 05/02/2020<br>14:55:00 | EPS SURA    | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU     | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado     | Asistio      | CC-13055    |
| 53403  | 06/02/2020<br>13:50:00 | EPS SURA    | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU     | 06/02/2020<br>18:25:08 | Cancelado     | Reasignacion |             |

|       |                        |          |           |  |                                 |           |                        |           |              |          |
|-------|------------------------|----------|-----------|--|---------------------------------|-----------|------------------------|-----------|--------------|----------|
| 53916 | 07/02/2020<br>15:40:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado | Asisto       | CC-13055 |
| 53962 | 07/02/2020<br>16:05:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 07/02/2020<br>15:25:31 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 54309 | 10/02/2020<br>15:45:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 10/02/2020<br>17:30:52 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 54809 | 11/02/2020<br>16:20:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado | Asisto       | CC-13055 |
| 55441 | 13/02/2020<br>16:30:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado | Asisto       | CC-13055 |
| 60349 | 02/03/2020<br>14:40:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ |           |                        | Vigente   | Asisto       |          |
| 60617 | 03/03/2020<br>15:45:00 | EPS SURA | Jennimn   | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Jennimn   | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado | Asisto       | CC-13055 |
| 61536 | 05/03/2020<br>15:45:00 | EPS SURA | Jennimn   | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Jennimn   | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado | Asisto       | CC-13055 |
| 62127 | 06/03/2020<br>16:50:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado | Asisto       | CC-13055 |
| 62543 | 09/03/2020<br>14:40:00 | EPS SURA | cristians | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | cristians | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado | Asisto       | CC-13055 |
| 62766 | 10/03/2020<br>15:30:00 | EPS SURA | Jgomez    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 30/03/2020<br>10:51:57 | Cancelado | Reasignacion |          |

|       |                        |          |           |  |                                 |           |                        |           |              |          |
|-------|------------------------|----------|-----------|--|---------------------------------|-----------|------------------------|-----------|--------------|----------|
| 63194 | 11/03/2020<br>15:35:00 | EPS SURA | Jgomez    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ |           |                        | Vigente   | Asistio      |          |
| 63786 | 12/03/2020<br>15:35:00 | EPS SURA | cristians | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ |           |                        | Vigente   | Asistio      |          |
| 64031 | 13/03/2020<br>15:35:00 | EPS SURA | Jgomez    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ |           |                        | Vigente   | Asistio      |          |
| 64850 | 16/03/2020<br>15:30:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ |           |                        | Vigente   | Asistio      |          |
| 65208 | 17/03/2020<br>15:20:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado | Asistio      | CC-13055 |
| 65612 | 18/03/2020<br>15:25:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ |           |                        | Vigente   | Asistio      |          |
| 65840 | 19/03/2020<br>15:20:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 27/03/2020<br>16:06:33 | Facturado | Asistio      | CC-13055 |
| 66144 | 20/03/2020<br>15:20:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 27/03/2020<br>13:28:24 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 66932 | 31/03/2020<br>07:30:00 | EPS SURA | Ajaramilo | Consulta Telemedicina<br>control             | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 01/04/2020<br>11:25:08 | Facturado | Asistio      | CC-13394 |
| 67711 | 08/04/2020<br>08:10:00 | EPS SURA | alejquino | Consulta Telemedicina<br>control             | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | alejquino | 13/04/2020<br>17:26:25 | Facturado | Asistio      | CC-13396 |
| 68396 | 16/04/2020<br>08:20:00 | EPS SURA | ZULMAU    | Consulta Telemedicina<br>control             | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 20/04/2020<br>09:09:56 | Facturado | Asistio      | CC-14340 |
| 69013 | 22/04/2020<br>07:50:00 | EPS SURA | ZULMAU    | Consulta Telemedicina<br>control             | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 30/04/2020<br>09:42:29 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 69199 | 23/04/2020<br>07:55:00 | EPS SURA | ZULMAU    | Consulta Telemedicina<br>control             | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 27/04/2020<br>13:38:43 | Facturado | Asistio      | CC-14192 |



|       |                        |          |           |  |  |           |                        |           |              |          |
|-------|------------------------|----------|-----------|--|--|-----------|------------------------|-----------|--------------|----------|
| 69790 | 29/04/2020<br>08:20:00 | EPS SURA | ZULMAU    | Consulta Telemedicina<br>control             | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ          | ZULMAU    | 30/04/2020<br>09:31:06 | Facturado | Asisto       | CC-14905 |
| 70191 | 04/05/2020<br>08:00:00 | EPS SURA | ZULMAU    | Consulta Telemedicina<br>control             | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ          | ZULMAU    | 05/05/2020<br>14:36:35 | Facturado | Asisto       | CC-15062 |
| 70748 | 08/05/2020<br>07:30:00 | EPS SURA | ZULMAU    | Consulta Telemedicina<br>control             | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ          | ZULMAU    | 14/05/2020<br>08:01:02 | Facturado | Asisto       | CC-15336 |
| 70864 | 11/05/2020<br>08:30:00 | EPS SURA | ZULMAU    | Consulta Telemedicina<br>control             | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ          | ZULMAU    | 14/05/2020<br>15:22:27 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 71127 | 12/05/2020<br>10:00:00 | EPS SURA | ZULMAU    | Consulta Telemedicina<br>control             | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ          | ZULMAU    | 18/05/2020<br>18:15:06 | Facturado | Asisto       | CC-15411 |
| 71237 | 13/05/2020<br>08:40:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | MARIA CAMILA<br>ARTUNDUAGA<br>LANDAZABAL | Ajaramilo | 13/05/2020<br>15:18:37 | Facturado | Asisto       | CC-15326 |
| 71637 | 18/05/2020<br>07:50:00 | EPS SURA | ZULMAU    | Consulta Telemedicina<br>control             | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ          | ZULMAU    | 22/05/2020<br>10:08:58 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 71944 | 20/05/2020<br>10:30:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | MARIA CAMILA<br>ARTUNDUAGA<br>LANDAZABAL | Ajaramilo | 26/05/2020<br>09:44:40 | Facturado | Asisto       | CC-15521 |
| 72649 | 27/05/2020<br>11:10:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | MARIA CAMILA<br>ARTUNDUAGA<br>LANDAZABAL | Ajaramilo | 27/05/2020<br>13:34:07 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 72998 | 29/05/2020<br>11:10:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | MARIA CAMILA<br>ARTUNDUAGA<br>LANDAZABAL | Ajaramilo | 29/05/2020<br>15:41:08 | Facturado | Asisto       | CC-15510 |
| 73314 | 01/06/2020<br>15:30:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ          | Ajaramilo | 02/06/2020<br>09:28:23 | Facturado | Asisto       | CC-15681 |
| 73543 | 02/06/2020<br>15:20:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ          | ZULMAU    | 04/06/2020<br>13:18:21 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 74147 | 05/06/2020<br>15:15:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ          | ZULMAU    | 09/06/2020<br>08:46:59 | Facturado | Asisto       | CC-15811 |

|       |                        |          |           |  |                                 |           |                        |           |               |        |
|-------|------------------------|----------|-----------|--|---------------------------------|-----------|------------------------|-----------|---------------|--------|
| 74525 | 09/06/2020<br>15:25:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 10/06/2020<br>13:39:05 | Cancelado | Reassignacion |        |
| 75037 | 11/06/2020<br>15:10:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 16/06/2020<br>15:01:11 | Facturado | Asisto        | FP-26  |
| 75232 | 12/06/2020<br>15:10:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 17/06/2020<br>16:26:04 | Facturado | Asisto        | FP-57  |
| 76062 | 18/06/2020<br>15:05:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 19/06/2020<br>19:10:53 | Cancelado | Reassignacion |        |
| 76094 | 19/06/2020<br>15:15:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 24/06/2020<br>14:49:32 | Cancelado | Reassignacion |        |
| 76979 | 24/06/2020<br>15:10:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 30/06/2020<br>07:45:32 | Facturado | Asisto        | FP-320 |
| 77141 | 25/06/2020<br>15:20:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 30/06/2020<br>17:20:12 | Cancelado | Reassignacion |        |
| 77409 | 26/06/2020<br>15:20:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 30/06/2020<br>14:23:33 | Facturado | Asisto        | FP-305 |
| 77996 | 01/07/2020<br>15:20:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 02/07/2020<br>13:49:32 | Cancelado | Reassignacion |        |
| 78481 | 03/07/2020<br>15:30:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 07/07/2020<br>08:26:16 | Cancelado | Reassignacion |        |
| 79321 | 08/07/2020<br>15:15:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 13/07/2020<br>13:43:25 | Facturado | Asisto        | FP-671 |

|       |                        |          |           |  |                                 |           |                        |           |              |          |
|-------|------------------------|----------|-----------|--|---------------------------------|-----------|------------------------|-----------|--------------|----------|
| 80076 | 13/07/2020<br>15:30:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 27/07/2020<br>07:16:10 | Cancelado | Reasignacion | FEV-947  |
| 80628 | 15/07/2020<br>15:15:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 24/07/2020<br>11:13:59 | Facturado | Asisto       | FEV-947  |
| 81266 | 17/07/2020<br>15:00:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 27/07/2020<br>07:21:20 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 81548 | 21/07/2020<br>15:05:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 27/07/2020<br>07:22:55 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 82114 | 23/07/2020<br>15:05:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 27/07/2020<br>07:25:28 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 82959 | 27/07/2020<br>15:20:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 29/07/2020<br>11:56:41 | Facturado | Asisto       | FEV-1089 |
| 89746 | 31/08/2020<br>17:00:00 | EPS SURA | cristians | TELEMEDICINA<br>ORTOPEDIA GENERAL            | CESAR ABADIA                    | cristians | 31/08/2020<br>21:58:11 | Facturado | Asisto       | FEV-757  |
| 90680 | 01/09/2020<br>15:15:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 02/09/2020<br>14:40:43 | Facturado | Asisto       | FEV-769  |
| 90920 | 02/09/2020<br>15:20:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 04/09/2020<br>10:52:38 | Facturado | Asisto       | FEV-808  |
| 91181 | 03/09/2020<br>15:15:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 04/09/2020<br>11:03:20 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 91607 | 04/09/2020<br>15:20:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 10/09/2020<br>10:53:03 | Facturado | Asisto       | FEV-947  |
| 91964 | 07/09/2020<br>15:15:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 11/09/2020<br>11:37:23 | Facturado | Asisto       | FEV-980  |

## History Clinical

|        |                        |          |           |  |                                 |           |                        |           |              |          |
|--------|------------------------|----------|-----------|--|---------------------------------|-----------|------------------------|-----------|--------------|----------|
| 92561  | 08/09/2020<br>15:10:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 10/09/2020<br>16:29:10 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 92830  | 09/09/2020<br>15:20:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 10/09/2020<br>16:30:41 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 97931  | 01/10/2020<br>13:30:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 05/10/2020<br>07:15:33 | Facturado | Asisto       | FEV-1661 |
| 98236  | 02/10/2020<br>13:30:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 06/10/2020<br>15:28:26 | Facturado | Asisto       | FEV-1707 |
| 98700  | 05/10/2020<br>13:30:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 06/10/2020<br>17:10:59 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 99068  | 06/10/2020<br>13:15:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 11/10/2020<br>21:39:10 | Cancelado | Reasignacion |          |
| 99812  | 08/10/2020<br>13:45:00 | EPS SURA | Ajaramilo | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | Ajaramilo | 09/10/2020<br>14:37:22 | Cerrado   | Asisto       |          |
| 100166 | 09/10/2020<br>13:20:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 09/10/2020<br>14:21:38 | Cerrado   | Asisto       |          |
| 100358 | 13/10/2020<br>13:15:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ |           |                        | Vigente   | Asisto       |          |
| 100749 | 14/10/2020<br>13:20:00 | EPS SURA | ZULMAU    | CONTROL O<br>SEGUIMIENTO POR<br>FISIOTERAPIA | LINA MARCELA<br>CAICEDO NARVAEZ | ZULMAU    | 14/10/2020<br>07:49:36 | Vigente   | Asisto       |          |

XX



HISTORY CLINICAL 2012-2018. All rights reserved.



## CITAS ASIGNADAS

Fecha Impresión: 2020/12/24

Documento: CC 31484077

Nombres: PAOLA FERNANDA Apellidos: LOZANO RAMIREZ

| Fecha<br>(día - mes - año) | Hora<br>(hh:mm) | Lugar de Atención         | Servicio                    | Profesional                   |
|----------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 08 - enero - 2021          | 09:00 AM        | CLINICA CASTELLANA S.A.S. | CONSULTA MEDICINA DEL DOLOR | MARTINEZ CORTES VICTOR ANDRES |
|                            |                 |                           |                             |                               |
|                            |                 |                           |                             |                               |
|                            |                 |                           |                             |                               |
|                            |                 |                           |                             |                               |
|                            |                 |                           |                             |                               |

### Recomendaciones

1. Llegar 20 minutos antes de la hora en la que le fue asignada la cita.
2. Realizate las ayudas diagnosticas necesarias para la atención de tu cita.
3. Si no puede asistir, recuerda modificar o cancelar la cita mínimo con 2 horas de anticipación usando nuestros canales (APP, Internet, líneas de atención).





**Información básica del paciente y la atención**

**Paola Fernanda Lozano Ramirez**

Plan

POS

Identificación  
CC 31484077

Fecha de nacimiento  
17-09-1980

Edad  
40 años(Adultez)

Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
9398410  
Estado civil  
Casado

Departamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
Independiente

Municipio  
CAU

Dirección  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico  
pafelo80@hotmail.com

**Motivo de Consulta**

por un accidente.

**Enfermedad actual**

Se diligencia consentimiento informado para atención presencial en medio de la pandemia de covid 19.

accidente de tránsito en octubre 2019 con fractura de platillos tibiales bilaterales manejadas de forma quirúrgica en fundación valle del lili, estuvo 3 meses sin apoyo. posteriormente plan de terapia física. reinicio actividades laborales hace 3 meses.

refiere mucho dolor sobretodo en la pierna izquierda. sensación de "presión", la siente caliente. no se asocia a fiebre. cuando tiene mucho dolor toma tramadol y el dolor disminuye. las dos piernas se hinchan.

refiere que se cansa caminando aun trayectos cortos.

rx de control de septiembre se observa buena reducción de las fracturas. buena consolidación. material de osteosíntesis en adecuada posición.

**Antecedentes Patológicos**

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Hipertensión arterial            | No       | EPOC                           | No       |
| Diabetes mellitus                | No       | Enfermedad tiroidea            | No       |
| Enfermedad isquémica del corazón | No       | Trastorno del tracto digestivo | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       | Epilepsia                      | No       |
| Cáncer                           | No       | Trastorno psiquiátrico         | No       |
| Insuficiencia renal crónica      | No       | VIH                            | No       |
| Asma                             | No       |                                |          |

**Antecedentes Alérgicos**

No relata alergias

**Antecedentes Quirúrgicos**

No relata procedimientos

**Antecedentes ginecobstétricos**

Menarca años 11 año(s)

RUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

**Información de embarazos previos**

Número de embarazos previos 0

**Información del embarazo actual**

Esta embarazada No

Observaciones ginecobstétricas FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

**Examen físico**

Centro De Especialistas (99998)

Consulta Ortopedia

Fecha de la atención 24/12/2020 07:54



**Medidas Antropométricas** Peso: 85 kg, Talla: 155 cm, IMC: 35.38, Clasificación según IMC: Obesidad tipo II

**Otros signos vitales** Sitio de toma de temperatura: Axilar

**Estado general del paciente** Examen físico con elementos de protección personal de paciente y examinador, con protocolos de bioseguridad establecidos por Sura.

ambulatoria, deambula sin ayudas externas.

**Osteomuscular** miembros inferiores: alineados, cicatrices en buenas condiciones sin adherencias, arco de movilidad 0-130 grados bilateral bien tolerado, no crujido articular, no inestabilidad ligamentaria, pruebas meniscales negativas.

dolor periarticular a la palpación mas marcado en pierna izquierda, duele en t. patelar, gastrosoleos, pata de ganso, lateral, fosa poplitea... no hay cambios inflamatorios.

### Análisis y plan

#### Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

**Notas de análisis y plan:** pcte con movilidad completa de rodillas son inestabilidad, buena reducción y posición del implante el cual no muestra signos de aflojamiento.

pcte desea retiro del material de ots pero no creo que la causa del dolor sea el material de osteosíntesis, pienso que hay mas riesgo al retirarlo (riesgo de infección, disminución de la movilidad articular, fibrosis) y con alta posibilidad de que persista el dolor a pesar del retiro del implante.

se solicita valoración por módulo de dolor.

| Diagnóstico principal                                | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico |
|--|---------------------|------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA    | Confirmado repetido | bilateral        |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA                       | Confirmado repetido |                  |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| T932-SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR | Confirmado nuevo    |                  |

#### Causa externa y finalidad

#### Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

### Conducta final

#### Prescripción de medicamentos

#### Ayudas diagnósticas

#### Remisión

### Información del profesional

MAURICIO CAYON ZULUAGA

CC 79451262

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro: 964393

**ORDEN DE COBRO**

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S. NIT 811007832-5

IPS Genera: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

Orden No: 137946-21887900

Fecha de Expedición: 2020/02/19

Hora: 12:52:39

Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Recobro:

**INFORMACIÓN DEL AFILIADO**

CC 31484077

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

COTIZANTE

Edad: 39 Años

Semanas Cotizadas: 197

Plan: POS

IPS COLSUBSIDIO NORTE

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Tipo convenio: POR ACTIVIDAD

Fecha Cita:

(900668922) CLINICA CASTELLANA S.A.S.

CL 22 N° 5B-21 PISO 1

Tel: 5167396

**INFORMACIÓN DEL COBRO**

Grupo de ingresos: A

Tipo de EXENTO

Cobrado en: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

Valor: 0

**PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS**

Pagó:

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados          | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|-------------------------------------|--------------|----------|
| 29122    | 29122         | EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS | S821         | 1        |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |

Observaciones: Médico Fliar: SABRINA LERMA PAYAN/ Odontólogo Fliar: / ; plan 15 sesiones de fst mantener movilidad mejorar fuerza en ms inferiores educacion en marcha apoyo protegido a total.

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnosticas.

Este documento es válido hasta:

13/02/2021

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

CC 94489926 Registro: 76141004

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello  
KATHGAHEA  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O



SURA



## INFORMACIÓN DEL AFILIADO

CC 31484077

Semanas Cotizadas: 197

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

## INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de ingresos: A

Tipo de cobro: CUOTA MODERADORA

Cobrado (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

## PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados                     | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|--|--------------|----------|
| 8734200  | 8734200       | RADIOGRAFIA DE RODILLA AP, LATERAL COMPARATIVA | S821         | 1        |
|          |               |  |              |          |
|          |               |  |              |          |
|          |               |  |              |          |

Observaciones:

Médico Filar: SABRINA LERMA PAYANI/ Odontólogo Filar: / ; 8734200: Lateralidad: Bilateral, Enfasis en: Rodilla

Este documento es válido hasta:

17/08/2020

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA  
CC 94489926 Registro: 76141004

Firma del Profesional y Cédula

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

Vencido

Firma

Firma Responsable IPS y Sello  
KATHGAHE

## ORDEN DE COBRO

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S. NIT 811007832-5

IPS Genera: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

Orden No: 137946-21888100

Fecha de Expedición: 2020/02/19

Hora: 12:47:44

Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Recobro:

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

COTIZANTE

39 Años

Plan: POS

IPS COLSUBSIDIO NORTE

Edad:

Tipo convenio: CAPITADO

Fecha Cita:

NIT 860007336

AV 6 BIS # 29 NORTE - 41 PISO 2

Tel: 4856161

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O

**ORDEN DE COBRO**

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR NIT 860007336-1

IPS Genera: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE - CALI

Orden No: 2712-34962600

Fecha de Expedición: 2020/02/19 Hora: 14:39:33

Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Recobro:

**INFORMACIÓN DEL AFILIADO**

CC 31484077

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

COTIZANTE

Edad: 39 Años

Semanas Cotizadas: 197

Plan: POS

IPS COLSUBSIDIO NORTE

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Tipo convenio: POR ACTIVIDAD

Fecha Cita:

(900248010) FUNDACION CENTRO VASCULAR DE CALLE 5B4 # 38-54. BARRIO SAN

Tel: 5141560 - 3756475-PBX 6609014

**INFORMACIÓN DEL COBRO**

Grupo de Ingresos: A

Tipo de CUOTA MODERADORA

Cobrado en: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE - CALI

Valor: 3.400

**PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS**

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados   | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|------------------------------|--------------|----------|
| 50460    | 890202        | CONSULTA VASCULAR PERIFERICO | R688         | 1        |
|          |               |                              |              |          |
|          |               |                              |              |          |
|          |               |                              |              |          |
|          |               |                              |              |          |

Observaciones: Médico Fliar: SABRINA LERMA PAYAN/ Odontólogo Fliar: / ;

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnósticas.

Este documento es válido hasta: 13/02/2021 Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA  
CC 94489926 Registro: 76141004

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello  
YAMIULARA  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O



EPS **sura**

## ORDEN DE COBRO

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S. NIT 811007832-5

IPS Genera: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

Orden No: 137946-21888000

Fecha de Expedición: 2020/02/19

Hora: 12:54:16

Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Recobro:

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

COTIZANTE

Edad: 39 Años

Plan: POS

IPS COLSUBSIDIO NORTE

Tipo convenio: POR ACTIVIDAD

Fecha Cita:

CL 50 # 10 A - 08

Tel: 4863732 - CITAS@FUNDACIONIDEA

### INFORMACIÓN DEL AFILIADO

CC 31484077

Semanas Cotizadas: 197

### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

(890308493) FUNDACION IDEAL PARA LA

### INFORMACIÓN DEL COBRO

Tipo de CUOTA MODERADORA

Cobrado en: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

Valor: 3.400

### PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados          | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|-------------------------------------|--------------|----------|
| 890208   | 890208        | CONSULTA DE PSICOLOGO (IPS BASICAS) | S821         | 1        |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |

Observaciones: Médico Filar: SABRINA LERMA PAYAN/ Odontólogo Filar: / ; ss valoracion.

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnósticas.

Este documento es válido hasta:

13/02/2021

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

CC 94489926 Registro: 76141004

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello

KATHGAHE

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O

9:30  
Tito Ortega

suramericana

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.

Recomendaciones de la consulta

Orden : 137946-21887800

IPS Atiende : (137946)CENTRAL DE ESPECIALISTAS

NIT. 811007832

Paciente : PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Identificación : CC 31484077

N° Fecha

Recomendación

1 2020/02/19

evolucio n hasta ahora adecuada. se deriva a manejo de linfedema por parte de qx vascular, debe mejorar su IMC.  
reiniciar terapia, puede dar apoyo protegido a ambas piernas, rx control y cita 1 mes. prorroga de incapacidad 1 mes inicia 16.2.2020. cita a fisiatra ss valoracion para rehabilitacion integral. fx bilateral de platillos tibiales , puede iniciar apoyo. la meta es liberar silla de ruedas. cita psicologia por solicitud de la paciente.

Profesional CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

Identificación : CC 94489926

Registro : 76141004

Imprime : KATHGAHE Fecha : 2020/02/19

IPS : CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA

I40779926F200219I31489448



AUTORIZACIÓN IPS - Original  
DIAGNOSTICO & ASISTENCIA MEDICA S.A.S  
NIT. 8002250578

Autorización 4938771089



|  |  |                              |                                     |          |
|--|--|------------------------------|-------------------------------------|----------|
| Razón Social y/o Nombres y Apellidos Proveedor |  | Teléfono                     |                                     |          |
| Identificación:                                |  | Ciudad                       | Fecha: 02/09/2020                   |          |
| Dirección:                                     |  |                              | Hora                                | 11:18:23 |
| Razón Social y/o Nombres y Apellidos Cliente   |  | Teléfono: 3442627            | Pág                                 | 1/1      |
| PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ                  |  | Celular: 3206799314          | Sexo                                | F        |
| Identificación: 31484077                       |  | Ciudad: CALI                 | Raza                                |          |
| Dirección: CR 11 F # 38-86                     |  | Fecha Nacimiento: 17/09/1980 | Peso                                |          |
| Medico:  |  | Talla                        |                                     |          |
|  |  | Historia: 935-96880200       | Convenio: 45002641 COLSUBSIDIO CALI |          |

| CODIGO IPS | CODIGO PROVEEDOR | DETALLE PRESTACION          | CANTIDAD |
|------------|------------------|-----------------------------|----------|
| 1010387    |                  | RX DE RODILLAS COMPARATIVAS | 1        |

Servicio origina por

Medico Familiar:

Observaciones



Firma Responsable y Sello

Firma Cliente

Elaborado por

Kelly Natalia Gomez Diaz

Ay Dx Sura Tequendamá CALI  
Calle 5C 41 25  
Teléfono: Fax

Esta orden es válida hasta 02/10/2020



SERVICIO MÉDICO

FECHA: 27.02.20

NOMBRE: Paola Fernanda Lozano Ramirez

DOC. IDENTIDAD CC: 31484077

R/.

Solicito autorización de  
curso (#5), lesiones de PMS -  
logia individual




Fecha 18/03/2020Nombre del paciente PAOLA FERNANDA LOZANO

R/.

- Paciente con Dx de POP Fx Platillo tibial bilateral que finaliza 15 con el siguiente plan de trabajo:
- \* Movilidad articular.
  - \* Fortalecimiento generalizado de MMII con énfasis en cuádriceps, VMO, aductores, glúteo medio, isquiotibiales.
  - \* Descarga de peso progresiva
  - \* Activación de zona core.
  - \* Estiramiento con énfasis en cadena lateral y posterior.
  - \* Modalidades físicas.
  - \* Electroterapia

Paciente quien refiere mejoría del 80%, con presencia de dolor de 10/10 según EVA en mayor proporción la izquierda, cicatriz en buen estado, AMA: Completo, persiste debilidad y bajo tono muscular, marcha independiente con cojeo. Se recomienda continuar tratamiento.

  
CLINICA  
CASTELLANA  
Médicos de Corazón

Nit. 900.668.922-8

Cll 32 # 5B-21

Tel. 518 7396 / 318 854 0477

LINA MARCELA CHACEDÓ NARVÁEZ

FISIOTERAPEUTA

REG: 76-8426



Identificación  
Primer Apellido  
Nombres

CC 31484077  
LOZANO  
PAOLA FERNANDA

Segundo Apellido  
RAMIREZ

Fecha Inicial  
(aaaa/mm/dd)

2020/04/14



Fecha Final  
(aaaa/mm/dd)

2020/04/14



## CITAS ASIGNADAS

Fecha Impresion: 2020/06/26

Documento: CC 31484077

Nombres: PAOLA FERNANDA Apellidos: LOZANO RAMIREZ

| Fecha<br>(día - mes - año) | Hora<br>(hh:mm) | Lugar de Atención                      | Servicio              | Profesional                  |
|----------------------------|-----------------|--|-----------------------|------------------------------|
| 07 - julio - 2020          | 02:00 PM        | CENTRAL DE ESPECIALISTAS<br>CASTELLANA | INICIAL ORTOPEDIA EPS | ABADIA SAAVEDRA CESAR ANDRES |
|                            |                 |  |                       |                              |
|                            |                 |  |                       |                              |
|                            |                 |  |                       |                              |
|                            |                 |  |                       |                              |
|                            |                 |  |                       |                              |
|                            |                 |  |                       |                              |

### Recomendaciones

1. Llegar 20 minutos antes de la hora en la que le fue asignada la cita.
2. Realizate las ayudas diagnosticas necesarias para la atención de tu cita.
3. Si no puede asistir, recuerda modificar o cancelar la cita mínimo con 2 horas de anticipación usando nuestros canales (APP, Internet, líneas de atención).

**sura**

Ips Genera: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA

Fórmula

**137946-149512**

Página 1 de 1

Fecha de Expedición: jul 07 de 2020

Origen del Servicio

ENFERMEDAD GENERAL

Afiliado: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Identificación: CC 31484077

Teléfono: 4008183

Grupo de Ingresos: A

Tipo Afiliado: COTIZANTE ACTIVO

Tipo Cobro: CUOTA MODERADORA

Valor: 3400

Medicamento: (16129) TRAMADOL CLORHIDRATO - 100 MG/ML SOLUCION ORAL X 10 ML

Dosificación: 3 GOTAS cada 24 HORAS durante 7 DIAS - Via Admon: ORAL

Cantidad: 1 (UNO) FRASCOS

Prescribe: CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA - CC 94489926 - RM: 76141004

Recomendación: en las noches si persiste dolor intenso

Medicamento: (16137) ACETAMINOFEN - 500 MG TABLETA

Dosificación: 1 TABLETAS cada 12 HORAS durante 30 DIAS - Via Admon: ORAL

Cantidad: 60 (SESENTA) TABLETAS

Prescribe: CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA - CC 94489926 - RM: 76141004

Recomendación:

Observaciones

Valido correo electronico

Transcribe:

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA CC 94489926 - RM 76141004

Imprime:

LEYDGI2P

Tipo Convenio:

1

Punto de Entrega:

MEDICARTE SAS - AVENIDA SEXTA BIS # 35 NORTE 25 LOCAL 106

Datos de:

4693739

Firma

Fecha Impresión

jul 07 de 2020

Evento

NO VÁLIDO  
PARA RECLAMAR  
MEDICAMENTOS

911379460000149512000(92)001000000031484077(93)

Esta orden es válida hasta 2020/07/31. Señor usuario(a) en caso de vencerse la fórmula debe contactar a su médico de familia en sus horarios de gestión. Siga las recomendaciones de su médico tratante para garantizar la adecuada administración de los medicamentos. Es fundamental para el éxito de su tratamiento. En caso de presentar algún efecto no deseado contacte a su médico de familia. Si los medicamentos tienen un costo menor al de su Cuota Moderadora, le

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O



**sura**

Ips Genera: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA

Fórmula

**137946-149512**

Página 1 de 1

Fecha de Expedición: jul 07 de 2020

Origen del Servicio

ENFERMEDAD GENERAL

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ      Identificación: CC 31484077      Teléfono: 4006183  
IPS Afiliado: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE      Tipo Afiliado: COTIZANTE ACTIVO  
Grupo de Ingresos: A      Tipo Cobro: CUOTA MODERADORA      Valor: 3400

Medicamento: (16129) TRAMADOL CLORHIDRATO - 100 MG/ML SOLUCION ORAL X 10 ML  
Dosificación: 3 GOTAS cada 24 HORAS durante 7 DIAS - Via Admon: ORAL  
Cantidad: 1 (UNO) FRASCOS  
Prescribe: CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA - CC 94489926 - RM: 76141004

Recomendación: en las noches si persiste dolor intenso

Medicamento: (16137) ACETAMINOFEN - 500 MG TABLETA  
Dosificación: 1 TABLETAS cada 12 HORAS durante 30 DIAS - Via Admon: ORAL  
Cantidad: 60 (SESENTA) TABLETAS  
Prescribe: CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA - CC 94489926 - RM: 76141004

Recomendación:

Observaciones

Válido correo electrónico

Transcribe: CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA CC 94489926 - RM: 76141004  
Imprime: LEYDGIZP  
Tipo Convenio: 1  
Punto de Entrega: MEDICARTE SAS - AVENIDA SEXTA BIS # 35 NORTE 25 LOCAL 106  
Datos de: 4893739

Firma:

Fecha Impresión: jul 07 de 2020

Evento:

Firma Reclama

Cédula

Telefono



(91)1379460000149512000(92)001000000031484077(93)

Esta orden es válida hasta 2020/07/31. Señor usuario(a) en caso de vencerse la fórmula, debe contactar a su médico de familia en sus horarios de gestión. Siga las recomendaciones de su médico tratante para garantizar la adecuada administración de los medicamentos. Es fundamental para el éxito de su tratamiento. En caso de presentar algún efecto no deseado, contacte a su médico de familia. Si los medicamentos tienen un costo menor al de su Cuota Moderadora, le

P  
R  
O  
V  
E  
E  
D  
O  
R



# Resumen de Atención



**IPS Atiende:** (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE

**F.Atención:** 2020/09/04

**IPS Afiliado:** (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE

**F.Impresión:** 2020/09/04 16:55:54

**Identificación:** CC 52366239

**Nombre:** HAYDEE HERNANDEZ SUAREZ

| Valor   | Tipo Documento | Observación |
|---|----------------|-------------|
|   |                |             |
| DOCUMENTOS QUE FUERON ENTREGADOS POR SU MEDICO EN LA CONSULTA |                |             |



## ORDEN DE COBRO

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S. NIT 811007832-5

IPS Genera: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

Orden No: 137946-23245900

Fecha de Expedición: 2020/07/07 Hora: 14:19:55

Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Recobro:

### INFORMACIÓN DEL AFILIADO

CC 31484077

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

COTIZANTE

Edad: 39 Años

Semanas Cotizadas: 214

Plan: POS

IPS COLSUBSIDIO NORTE

### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

(900668922) CLINICA CASTELLANA S.A.S.

Tipo convenio: POR ACTIVIDAD

Fecha Cita:

CL 22 N° 5B-21 PISO 1

Tel: 5167396

### INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de ingresos: A

Tipo de EXENTO

Cobrado en: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

Valor: 0

### PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Pagó:

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados          | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|-------------------------------------|--------------|----------|
| 29122    | 29122         | EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS | S821         | 1        |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |

Observaciones: Médico Fliar: SABRINA LERMA PAYAN/ Odontólogo Fliar: / ; plan nuevo ciclo de 10 sesiones énfasis en fortalecimiento ; reeducación en marcha lateral baston, apoyo completo.

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnosticas

Este documento es válido hasta: 02/07/2021 Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

CC 94489926 Registro: 76141004

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello

LEYDYSIP

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O



Remisión : 137946-23704500

Orden : 137946-23704400

Fecha : 2020/08/31 17:43

Identificación CC 31484077

Tpo Atención EG

Nombre : PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Edad : 39 Años

IPS Atiende CENTRAL DE ESPECIALISTAS

De : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Para : EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS

MOTIVO: 10 sesiones, mejorar fortalecimiento de ms inferiores énfasis izquierdo, mantener amas, reeducación en marcha  
apoyo completo, propiocepción, liberación de bastón. plan a casa.

Profesional CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

CC 94489926

Registro : 76141004

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnosticas.

Imprime : EVELABRO

Fecha : 2020/09/04

IPS : IPS COLSUBSIDIO NORTE

I40779926F20083113148944



Remisión : 137946-23704500

Orden : 137946-23704400

Fecha : 2020/08/31 17:43

Identificación CC 31484077

Punto de Atención EG

Nombre : PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Edad : 39 Años

IPS Atiende CENTRAL DE ESPECIALISTAS

De : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Para : EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS

MC: telemedicina contingencia covid, paciente acepta llamado una vez se explica naturaleza del mismo. EA: control  
fx de platillos tibiales bilateral, acc de transito 21.10.19. aun usa baston, dolor leve en pierna rodilla izquierdas.

no ha tenido cita a fisiatra ordenada. no tiene rx de control ordenada. la incapacidad esta en tramites de

reclamacion; cita previa en ortopedia julio 2020, completa alrededor de 30 terapias. no infeccion, movilidad completa

documentada previamente, no señales de inestabilidad articular ni deformidad angular, no señal tampoco de lesion

meniscal inestable en rodillas. buen llenado distal. se cita con reporte de rx pendiente por tomarse. plan de 10

sesiones mas de tf para fortalecimiento de pierna izquierda, rehabilitacion en marcha y liberacion de bastón.

pendiente valoracion por fisiatra.

=====

SIGNOS VITALES: DESCRIPCION: lo anotado TALLA: 157.0 cms EXAMEN FÍSICO : CABEZA CUELLO OS : no evaluado

CARDIORESPIRATORIO : no evaluado GASTROINTESTINAL : no evaluado GENITOURINARIO : no evaluado OSTEOMUSCULAR : no

evaluado NEUROLÓGICO : no evaluado HEMATOPOYETICO FISICO : no evaluado PIEL Y FANERAS : no evaluado

=====

DIAGNOSTICO PROVISIONAL: S821 FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA. Impresión diagnóstica E669 OBESIDAD, NO

ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica



# ORDEN DE COBRO

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S. NIT 811007832-3

IPS General: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA CALI Orden No: 137946-23704500

Fecha de Expedición: 2020/08/31 Hora: 17:43:32 Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Recobro:

## FORMACIÓN DEL AFILIADO

231484077

Generos Colaboros: 223

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Plan: POS IPS COLSUBSIDIO NORTE

COTIZANTE

Edad: 39 Años

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

900688922 CLINICA CASTELLANA S.A.S

Tipo convenio: POR ACTIVIDAD  
CL 22 N° 5B-21 PISO 1

Fecha Cita:

Tel: 5167398

## INFORMACIÓN DEL COBRO

Tipo de: EXENTO

Grupo de ingresos: A

Cobrado en: 2712 IPS COLSUBSIDIO NORTE - CALI

Valor: 0

Pagó:

## PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

| Cod CUPS | Cod Tarfano | Procedimientos Autorizados          | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|-------------|-------------------------------------|--------------|----------|
| 2712     | 2712        | EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS | 5821         | 1        |
|          |             |                                     |              |          |
|          |             |                                     |              |          |
|          |             |                                     |              |          |
|          |             |                                     |              |          |

Observaciones: Médico Filar KATERINE ANDREA OSPINA SIERRA/ Odontólogo Filar / 10 sesiones, mejorar fortalecimiento de ms inferiores enfasis colocando mantener arcos, reeducación en marcha apoyo completo, propiocepción liberación de basión, plan a casa.

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnósticas.

Este documento es válido hasta:

26/08/2021

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.



CESAR ANDRÉS ABADIA SAAVEDRA

CC 96488926 Registro: 76141004

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Administrativa  
E. ELAÑO

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O



## ORDEN DE COBRO

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S. NIT 811007832-5

IPS Genera: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

Fecha de Expedición: 2020/08/31

Hora: 17:43:32

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Orden 137946-23704500

Tipo de Plan: POS

Recobro:

### INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Edad: 39 Años

CC 31484077

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

COTIZANTE

Semanas Cotizadas: 223

Plan: POS IPS COLSUBSIDIO NORTE

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Tipo convenio: POR ACTIVIDAD

Fecha Cita:

(900668922) CLINICA CASTELLANA S.A.S.,

CL 22 N° 5B-21 PISO 1

Tel: 5167396

INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de Ingresos: A

Tipo de cobro: EXENTO

Cobrado en: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE - CALI

Valor: 0

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Pagó:

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados          | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|-------------------------------------|--------------|----------|
| 29122    | 29122         | EVALUACION INICIAL TERAPIAS FISICAS | S821         | 1        |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |
|          |               |                                     |              |          |

Observaciones: Médico Filar: KATERINE ANDREA OSPINA SIERRA/ Odontólogo Filar: / ; 10 sesiones, mejorar fortalecimiento de ms inferiores énfasis izquierdo, mantener amas, reeducación en marcha apoyo completo, propiocepción, liberación de bastón. plan a casa. .

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnósticas.

Este documento es válido hasta:

26/08/2021

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA

CC 94489926 Registro: 76141004

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello  
EVELABRO

P  
R  
O  
V  
E  
E  
D  
O  
R





Paciente



Pendientes

## CONSULTA, CANCELACIÓN Y ASISTENCIA DE CITAS PENDIENTES DEL PACIENTE



## ACIENTE

Identificación CC 31484077  
 Primer Apellido LOZANO  
 Nombres PAOLA FERNANDA

Segundo Apellido RAMIREZ

## PERIODO DE CONSULTA

Fecha Inicial  
 (aaaa/mm/dd) 2020/09/04

Fecha Final  
 (aaaa/mm/dd) 2020/09/07




## CITAS PENDIENTES

| Fecha<br>(aaaa/mm/dd) | Hora<br>24hrs<br>(hh:mm) | IPS                        | Servicio                     | Profesional                     | Asistencia | Confirmar               |                               |                         | Cancelar<br>Cita | Ver<br>Más |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------|------------|
|                       |                          |                            |                              |                                 |            | Confirmar<br>Asistencia | Asistencia<br>sin<br>Atención | Confirmar<br>Asistencia |                  |            |
| 2020/09/07            | 08:00                    | IPS<br>COLSUBSIDIO<br>CALI | CONSULTA MEDICO<br>CENTINELA | LENIS RIVERA<br>ETHILSE VANESSA | NO         |                         |                               |                         |                  |            |

Total Registros Hallados

1

4/9/2020



EPS

sura

# SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD / RECETARIO

No. DE SOLICITUD: 40254208

Fecha de Expedición: 24/12/2020  
 IPS que Genera: (99998) CENTRO DE ESPECIALISTAS  
 Profesional que Remite: CC 79451262 MAURICIO CAYON ZULUAGA RM: 964393  
 Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
 Transcribe: CC 79451262 MAURICIO CAYON ZULUAGA - RM: 964393



## INFORMACION DEL AFILIADO

CC 31484077

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

## INFORMACION DE LA SOLICITUD

| Codigo  | Prestacion Solicitada                         | Cantidad | Fecha Posible Respuesta del | Prestador que la realizará |
|---------|---|----------|-----------------------------|----------------------------|
| 8902430 | CONSULTA ESPECIALISTA EN DOLOR O ALGESIOLOGIA | 1 (UNO)  | 05/01/2021                  |                            |

## Observaciones

Apreciado Afiliado, su solicitud ha sido recibida. A partir de la fecha posible de respuesta usted recibirá información por parte del prestador de servicios de salud y/o mediante correo electrónico; en caso de no ser contactado puede consultar el estado de la autorización ingresando a [www.epssura.com.co](http://www.epssura.com.co), en la opción servicios a un clic - Autorización de órdenes o comunicándose a nuestras líneas de atención. Artículo 7 Resolución 4331 de 2012. Este documento no es válido para la prestación del servicio, requiere autorización adicional.

Celular: 3206799314 Correo: [pafelo80@hotmail.com](mailto:pafelo80@hotmail.com)

Si cambia de teléfono o de correo electrónico, cuéntenos cómo podemos encontrarlo nuevamente a través de nuestras sedes o en la Línea de Atención 448 6115 o 01 8000 519519.

Identificación

CC 31484077

Primer Apellido

LOZANO

Nombres

PAOLA FERNANDA

Segundo Apellido

RAMIREZ

Fecha Inicial

(aaaa/mm/dd)

2020/02/19



Fecha Final

(aaaa/mm/dd)

2020/02/19



2020/02/19

12:40

CENTRAL DE  
ESPECIALISTAS  
CASTELLANA

CONTROL ORTOPEDIA EPS

ABADIA SAAVEDRA CESAR ANDRES NO

Total Registros Hallados 1

EPS

SURA

## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD / RECETARIO

Pagina 1 de 1

No. DE SOLICITUD 26397255

Fecha de Expedición: 19/02/2020  
IPS que Genera: (51) IPS SURA LA FLORA  
Profesional que Remite: CC 94489926 CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA RM. 76141004  
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
Transcribe: CC 94489926 CESAR ANDRES ABADIA SAAVEDRA - RM: 76141004

## INFORMACION DEL AFILIADO

CC 31484077

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

## INFORMACION DE LA SOLICITUD

| Codigo | Prestacion Solicitada | Cantidad | Fecha Posible Respuesta del | Prestador que la realizará |
|--------|-----------------------|----------|-----------------------------|----------------------------|
| 50270  | CONSULTA FISIATRA     | 1 (UNO)  | 25/03/2020                  |                            |

## Observaciones

Apreciado Afiliado, su solicitud ha sido recibida. Artículo 7 Resolución 4331 de 2012. Este documento no es válido para la prestación del servicio, requiere autorización adicional. A partir de la fecha posible de respuesta usted recibirá información por parte del prestador de servicios de salud y/o mediante mensaje de texto y correo electrónico, en caso de no ser contactado puede consultar el estado de su orden, realizar el pago o imprimirla ingresando a [www.epssura.com.co](http://www.epssura.com.co), en la opción servicios a un clic / Autorización de órdenes / como va solicitud? También pueden hacer estos trámites en la plataforma de su lps actual. Recuerde presentar su orden el día de su cita.

Celular 3206799314 Correo [gempresanalessas@gmail.com](mailto:gempresanalessas@gmail.com)

Si cambia de teléfono o de correo electrónico, cuéntenos cómo podemos encontrarlo nuevamente a través de nuestras sedes o en la Línea de Atención 448 6115 o 01 8000 519519



**FUNDACION IDEAL**  
**890308493**  
**CALLE 50 No 10A-08 VILLA COLOMBIA**  
**4863732 - 3164825623**

**FORMATO DE EPICRISIS****Sede:** VILLA COLOMBIA**Punto Atención:** NEUROREHABILITACION**Fecha Impresión:** 29/09/2021 20:46:28**I. Información del Paciente:**

|                               |                               |                  |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------------|
| <b>Paciente:</b>              | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ | <b>Entidad:</b>  | EPS SURA                      |
| <b>Número Identificación:</b> | CC -31484077                  | <b>Sexo:</b>     | FEMENINO                      |
| <b>Fecha Nacimiento:</b>      | 09/16/1980                    | <b>Afiliado:</b> | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ |
| <b>Edad:</b>                  | 40 años                       | <b>Estrato:</b>  | R1                            |
| <b>Dirección:</b>             | CR 13 # 44 03 CHAPINERO       | <b>Teléfono:</b> | 3206799314-3226075912         |
| <b>Usuario:</b>               | LRENGIFO                      |                  |                               |

**Nro Documento:** BC-104958**Codigo Prestador:** 760010091501

Fecha Ingreso: 24/08/2021 6:58:48

Fecha Egreso: 24/08/2021 6:58:48

Punto Entrada: NEUROREHABILITACION

Punto Salida: NEUROREHABILITACION

Causa Salida: CONTROL MEDICO CON SUGERENCIA DECONTINUUI

**Observaciones**

Diagnóstico Principal de Ingreso:  
 (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

Diagnóstico Funcional: (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

Resumen y Tratamiento Médico: Usuaría realiza 10/10 sesiones de terapia acuática.

Se plantea como objetivo de tratamiento: mejorar patrón de marcha promoviendo mejores condiciones musculoesqueléticas que permitan estabilidad y funcionalidad de la rodilla y facilite la ejecución de actividades diarias. Durante las sesiones se trabajan ejercicios de movilidad activa y flexibilidad de tren inferior, se trabaja equilibrio y propiocepción mejorando transferencias de carga a extremidad inferior izquierda y retroalimentando postura durante la marcha, se realiza reeducación del patrón de marcha.

Usuaría finaliza paquete terapéutico, refiere presentar dolor en zona inferior y lateral del rodilla izquierda con una intensidad de 8/10, describe dolor constante que se exagera a 10/10 al realizar transiciones altas, desplazamientos por trayectos largos. E indica dolor en rodilla derecha y a nivel del dorso del pie izquierdo con intensidad de 9/10. Adicionalmente refiere parestesias a nivel de los dedos del pie izquierdo, indica inestabilidad de rodilla izquierda al caminar refiere "se me desencana la rodilla". Presenta limitación para subir y bajar escaleras y andenes limitando independencia en desplazamientos dentro de su comunidad. No reporta caídas, pero presenta alto riesgo de caída.

A la evaluación de la movilidad articular según la escala de AAOS se encuentra, movilidad completa en cadera y tobillo izquierdo y a nivel de miembro inferior derecho. Presenta en rodilla izquierda limitación a la movilidad por dolor: flexión 0-110 grados, extensión 110 - 0 grados. A la evaluación de fuerza muscular según escala de Daniels modificada se encuentra: Miembro inferior izquierdo: iliopsoas 4+/5, glúteo mayor 3+/5, aductores 3+/5, tensor de fascia lata 4/5, cuádriceps 3+/5, isquiotibiales 3/5, gastronecmios 4/5. Miembro inferior derecho: iliopsoas 5/5, glúteo mayor 4/5, aductores 5/5, tensor de fascia lata 5/5, cuádriceps 4/5, isquiotibiales 4/5, gastronecmios 5/5. A la evaluación de la marcha se encuentra, usuaria realiza marcha con apoyo de bastón de un punto, mantiene base de sustentación y centro de gravedad ligeramente desviado hacia el lado derecho, presenta disminución de la transferencia de carga a miembro inferior izquierdo y mantiene alineamiento y estabilidad de rodilla en fase de apoyo medio, disminución del tiempo de apoyo en extremidad inferior izquierda asociado a dolor lo que altera Fase de balanceo de la extremidad contraria. Presenta alteración de la propiocepción y alteración del equilibrio dinámico y el apoyo unipodal

Requiere dar continuidad con médico tratante

Servicio : (933300)TERAPIAS MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS Cantidad : 10.00

**Dr(a):** RENGIFO DIAZ LINA MARCELA**Registro Médico:** 76-5507**Especialidad:** FISIOTERAPIA**Se firma Electronicamente.**

# CENTRO VASCULAR DE OCCIDENTE



Fecha: 16/09/2021 12:03:22 p.

## EVOLUCION

Paciente: PAOLA FERNANDA LOZANO

Entidad: EPS SURA

Documento No: 31484077

Tipo Documento: Cedula

Edad: 40

Teléfono: 3206798314//3

### Descripción

Dx Actual:

PCTE DE 40 AÑOS. DEPENDIENTE DE FARMACIA.  
CONSULTA POR DOLOR CRONICO Y EDEMAS DE LAS PIERNAS MAS ACENTUADO DESPUES DE TRAUMA EN ACCIDENTE DE MOTO.  
ANTECEDENTE DE VARICECTOMIA BILATERAL HACE 10 AÑOS.  
NIEGA HTA, DM2.  
NUEVO DOPPLER VENOSO EN FEB 20 2019 : SIN TROMBOFLEBITIS . INCOMPETENCIA DE PERFORANTES BILATERALES . SAFENAS MENORES NORMALES .  
ES G3 P3  
ASISTE A DRENAJES LINFATICOS CON BUENA EVOLUCION .  
EX FISICO :  
AMBULANTE . OBESA  
LINDEFEMA Y LIPEDEMA BILATERAL. VARICES RESIDUALES DE PREDOMINIO MID .  
CONDUCTA :  
ECO DOPPLER VENOSO DE MI BILATERAL  
DRENAJE LINFATICO 10 SESIONES  
DIOSMINA X 1000 1 SOBRE DIA X 3 MESES  
CITA CON RESULTADO  
USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA GRADIENTE MEDIO

Fecha: 16/09/2021 12:03:22 p. m.

ID: 1348

PAOLA FERNANDA LOZANO

Firma del Paciente

*Dr. Ernesto Duenas Vanini*  
CIRUJANO VASCULAR  
R.D. 691077  
*Dr. Camilo Bernal*  
Cirujano Vascular  
RM 68960

DR. E DUEÑAS/DR. CAMILO BERNAL

Firmado Digitalmente por el Dr.

Especialidad: CIRUJANO VASCULAR / Documento No. 79621644 / 68960

Dirección: CALLE 5B4 # 38-54. Barrio San Fernando.

Teléfonos: 5141560 - 3756475 PBX: 6609014 CEL: 3168944960-3045697959

1. The first part of the paper discusses the importance of the study of the history of the world, and the role of the world in the history of the world.

2. The second part of the paper discusses the importance of the study of the history of the world, and the role of the world in the history of the world.

3. The third part of the paper discusses the importance of the study of the history of the world, and the role of the world in the history of the world.

4. The fourth part of the paper discusses the importance of the study of the history of the world, and the role of the world in the history of the world.

# CENTRO VASCULAR DE OCCIDENTE



## ORDEN

Paciente: PAOLA FERNANDA LOZANO

Entidad: EPS SURA

Documento No: 31484077

Tipo Documento: Cedula

Edad: 40

Teléfono: 3206799314//32260

| CODIGO | ORDEN PROCEDIMIENTO   | Nota |
|--------|---|------|
| 882317 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES (BILATERAL) |      |

## Observación General:

Fecha: 16/09/2021

12:06:53 p. m.

ERNESTO DUEÑAS VANIN  
CIRUJANO VASCULAR  
PD. 6891077

Dr. Camilo Bernal  
Cirujano Vascular  
RM 68950

DR.E DUEÑAS/DR. CAMILO BERNAL

Firmado Digitalmente por el Dr.

Especialidad: CIRUJANO VASCULAR // Documento No. 79621644 // 68960

Dirección: CALLE 5B4 # 38-54. Barrio San Fernando.

Teléfonos: 5141560 - 3756475 PBX: 6609014 CEL: 3166944960-3045697959





# CENTRO VASCULAR DE OCCIDENTE



## FORMULA

Paciente: PAOLA FERNANDA LOZANO

Documento No: 31484077

Entidad: EPS SURA

Tipo Documento: Cedula

Edad: 40

Teléfono: 3206799314//32260459

| COD      | MEDICAMENTO | CONCENTRACION | CANTIDAD | Dosis - Tiempo  |
|----------|-------------|---------------|----------|---|
| (DAFLON) |             | 1000MG *10ML  | 90       | TOMAR 1 SOBRE DIARIO POR 3 MESES #90 SOBRES VIA ORAL. |

## Observación General:

Fecha: 16/09/2021 12:07:04 p. m.

ERNESTO DUENAS VASQUEZ  
CIRUJANO VASCULAR  
PD. 681687  
Dr. Camilo Bernal  
Cirujano Vascular  
RM 68960  
DR.E DUENAS/DR. CAMILO BERNAL

Firmado Digitalmente por el Dr.

Especialidad: CIRUJANO VASCULAR // Documento No. 79621644 // 68960

Dirección: CALLE 5B4 # 38-54. Barrio San Fernando.

Teléfonos: 5141560 - 3756475 PBX: 6609014 CEL: 3166944960-3045897959





La salud  
es de todos

Minsalud

## FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)  
2021-09-16 12:17:35  
Nro. Prescripción  
20210916153030257809

### DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI Código Habilitación: 750010765301  
Documento de Identificación: 900248010 Nombre Prestador de Servicios de Salud: CENVASCULAR N° 1  
Dirección: AV 5A NORTE 18N-37 Teléfono: 6609014

### DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC31484077 Primer Apellido: LOZANO Segundo Apellido: RAMIREZ Primer Nombre: PAOLA Segundo Nombre: FERNANDA  
Número Historia Clínica: 31484077 Diagnóstico Principal: I872 INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFÉRICA) Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO Ambito atención: AMBULATORIO - PRIORIZADO

### MEDICAMENTOS

| Tipo prestación | Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica                               | Dosis                | Vía Administración | Frecuencia Administración | Indicaciones Especiales | Duración Tratamiento | Recomendaciones  | Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica |
|-----------------|---|----------------------|--------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|--|---|
| SUCESIVA        | [DIOSMINA]<br>450MG/5ML;<br>[HESPERIDINA]<br>30MG/5ML /<br>SUSPENSION | 1000<br>MILIGRAMO(S) | ORAL               | 1 DÍA(S)                  | SIN INDICACIÓN ESPECIAL | 3 MES(ES)            | SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA DISMINUIR DOSIS O SI PRODUCE REACCIONES CUTÁNEAS SUSPENDER | 90 / NOVENTA / SOBRE  |

### PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC14939726 Nombre: ERNESTO DUENAS VANIN  
Registro Profesional: 691077 Especialidad: CIRUGÍA VASCULAR  
Firma: [Firma manuscrita]  
CodVer: 4A91-FF4B-247B-74C3-D98C-8729-F83E-4BAF

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1385 de 2018, Art. 13. Numeral 5.



CENTRO VASCULAR DE OCCIDENTE



ORDEN

Paciente: PAOLA FERNANDA LOZANO

Documento No: 31484077

Entidad: EPS SURA

Tipo Documento: Cedula

Edad: 40

Teléfono: 3206799314 // 322260

CODIGO

ORDEN PROCEDIMIENTO

Nota

890302 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR CONTROL POR CIRUGIA VASCULAR  
MEDICINA ESPECIALIZADA

ERNESTO DUEÑAS VALENZUELA  
CIRUJANO VASCULAR  
PD. 68960

Dr. Camilo Bernal  
Cirujano Vascular  
RM 68960

DR. E DUEÑAS/DR. CAMILO BERNAL

Firmado Digitalmente por el Dr.

Especialidad: CIRUJANO VASCULAR // Documento No. 79621644 // 68960

Dirección: CALLE 5B4 # 38-54. Barrio San Fernando.

Teléfonos: 5141560 - 3756475 PBX: 6609014 CEL: 3166944960-3045697959

Observación General:

Fecha: 16/09/2021

12:07:30 p. m.







## HISTORIA CLINICA No. 31484077

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Fecha Nac.: 17/09/1980  
Edad: 41 Años  
Direccion: CARRERA 11F# 38 -86// EL TRONCAL  
Responsable: Juan Torres  
Aseguradora: EPS SURA

Identificacion: CC 31484077  
Sexo: Femenino  
Estado Civil: Soltero  
Telefonos: 0 - 3206799314  
Telefono: 0  
Acompañante: Juan Torres

Fecha de Atencion: 06/01/2021 09:00:00

### MOTIVO CONSULTA:

CONTROL DOLOR

### ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL LILI CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL, REFIERE DOLOR EN RODILLA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO, DOLOR EMPEORA CON LA MARCHA PROLONGADA, BIPEDESTACION PORLONGADA, NIEGA EDEMA ARTICULAR, REFIERE QUE HA REAZLIADO 49 SESIONES CON MEJORIA PARCIAL DE LA SINTOMATOLOGIA. ACTUALMENTE CON HALALZGOS AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR DE SD PATELOFEMORAL BILATERAL CON TEDNINITIS DE LA PATA DE GANSO EN CONTEXTO D E APCIENTE CON OBESIDAD GRADO II Y LINFEDEMA EN MIMEMBRO INFERIORES POR HC, CON GENU VALGO, DOLOR MECANICO DE INTENSIDAD MODERADA SE CONSIDERA SE BENEIFCIARIA DE DISMINUCION DE PESO COMO MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR, SE ENVIA A NUTRICION Y SE INICIA CICLO DE REHABILITACION HIDROTERAPIA 15 SESONES PARA COTNROL DOLOR. CONTROL EN 4 MESES PESO OBJETIVO 80 KG. SE CONSIDERA NO CADIDATA A MANEJO INTERVENCIONISTA NI A RETIRO DE MATERIAL DE OTS.

### REVISION DE SISTEMAS:

DOLOR

### ANTECEDENTES MEDICAMENTOS:

Ninguno.

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Lipidemia

### ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

Fx de humero

### ANTECEDENTES TOXICOS:

Ninguno.

### ANTECEDENTES ALERGICOS:

Ninguno.

### ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS:

|            |         |                     |           |                    |
|------------|---------|---------------------|-----------|--------------------|
| Embarazos: | Partos: | Abortos.:           | Cesareas: | Perdidas Embarazo: |
| F.U.M.:    |         | Ciclos Menstruales: |           |                    |
| Menarca:   |         | Planifica: NO       |           |                    |

\*FOIA(b)(7) - DCMIS, APO 968

Accommodation: La Tana  
Telephone: 0-68879921  
Estate Civil Office  
Sexual Farming  
Identified: 0-614-577

[illegible]

00:00:00 1025:750:radioactive etc. etc.

ATLANTA OFFICE  
POLICE DEPT

[illegible]

RECEIVED 10 NOV 1964

1807/ARMADONEN OFFICE/CEZTEL  
07/03/17

SECRET

[illegible]

AKTIEGESELLSCHAFT  
-GmbH-

COGNATE CRYPTOGAMIA  
- 300000

1001571240090 0074000016

|   |   |
|---|---|
| bioinformatics  | bioRxiv preprint doi: <a href="https://doi.org/10.1101/189769">https://doi.org/10.1101/189769</a> ; this version posted October 10, 2017. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license. |
| bioRxiv preprint doi: <a href="https://doi.org/10.1101/189769">https://doi.org/10.1101/189769</a> ; this version posted October 10, 2017. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license. |   |

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Papá DBT - HTA

**EXAMEN FISICO:**

|                          |                       |              |               |       |
|--------------------------|-----------------------|--------------|---------------|-------|
| Peso:                    | Talla:                | Frec. Resp.: | Presion Art.: | Temp: |
| Indice de Masa Corporal: | Peso menor al Normal. | Glasgow:     | Saturacion:   |       |

**DIAGNOSTICO:**

R522: OTRO DOLOR CRONICO

**OBSERVACIONES DEL DIAGNOSTICO:**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL LILI CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL, REFIERE DOLOR EN RODILLA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO, DOLOR EMPEORA CON LA MARCHA PROLONGADA, BIPEDESTACION PORLONGADA, NIEGA EDEMA ARTICULAR, REFIERE QUE HA REAZLIADO 49 SESIONES CON MEJORIA PARCIAL DE LA SINTOMATOLOGIA. ACTUALMENTE CON HALALZGOS AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR DE SD PATELOFEMORAL BILATERAL CON TEDNINITIS DE LA PATA DE GANSO EN CONTEXTO D E APCIENTE CON OBESIDAD GRADO II Y LINFEDEMA EN MIMEMBRO INFERIORES POR HC, CON GENU VALGO, DOLOR MECANICO DE INTENSIDAD MODERADA SE CONSIDERA SE BENEIFCIARIA DE DISMINUCION DE PESO COMO MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR, SE ENVIA A NUTRICION Y SE INICIA CICLO DE REHABILITACION HIDROTERAPIA 15 SESONES PARA COTNROL DOLOR. CONTROL EN 4 MESES PESO OBJETIVO 80 KG. SE CONSIDERA NO CADIDATA A MANEJO INTERVENCIONISTA NI A RETIRO DE MATERIAL DE OTS.

**NOTAS:**

Firmado por: VICTOR ANDRES MARTINEZ CORTES Reg Medico: 76-0404

INTERVENCIONES PARA LA RES:

ATN - TCA

INTERVENCIONES PARA LA RES:

INTERVENCIONES PARA LA RES:

INTERVENCIONES PARA LA RES:

INTERVENCIONES PARA LA RES:

INTERVENCIONES PARA LA RES:

INTERVENCIONES PARA LA RES:

INTERVENCIONES PARA LA RES:

INTERVENCIONES PARA LA RES:

Fecha de Expedición: 06/01/2021  
IPS que Genera: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS  
Profesional que Remite: CC 94543468 VICTOR ANDRES MARTINEZ CORTES RM: 76-0404/15  
Especialidad: FISIATRIA  
Transcribe: CC 94543468 VICTOR ANDRES MARTINEZ CORTES - RM: 76-0404/15

No. DE SOLICITUD: 41185041

## INFORMACION DEL AFILIADO

CC 31484077

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

## INFORMACION DE LA SOLICITUD

| Código  | Prestación Solicitada                         | Cantidad | Fecha Posible Respuesta del | Prestador que la realizará |
|---------|---|----------|-----------------------------|----------------------------|
| 8802430 | CONSULTA ESPECIALISTA EN DOLOR O ALGESIOLOGIA | 1 (UNO)  | 14/01/2021                  |                            |

## Observaciones

Apreciado Afiliado, su solicitud ha sido recibida. A partir de la fecha posible de respuesta usted recibirá información por parte del prestador de servicios de salud y/o mediante correo electrónico; en caso de no ser contactado puede consultar el estado de la autorización ingresando a [www.epssura.com.co](http://www.epssura.com.co), en la opción servicios a un clic - Autorización de órdenes o comunicándose a nuestras líneas de atención. Artículo 7 Resolución 4331 de 2012. Este documento no es válido para la prestación del servicio, requiere autorización adicional.

Celular: 3206799314 Correo: pefele80@hotmail.com

Si cambia de teléfono o de correo electrónico, cuéntenos cómo podemos encontrarlo nuevamente a través de nuestras redes o en la Línea de Atención 448 6115 o 01 8000 519519.

Figure 1. *Phylogenetic tree of the 16S rDNA sequences of the 10 isolates. The scale bar represents 0.01 substitutions per site.*

1000

| Condition | Control (%) | MCI (%) | AD (%) |
|-----------|-------------|---------|--------|
| A         | 100         | 85      | 65     |
| B         | 95          | 80      | 60     |
| C         | 90          | 75      | 55     |
| D         | 85          | 65      | 45     |

Figure 1: Scatter plot of children in household vs. children in neighborhood

2000  
 2001  
 2002  
 2003  
 2004  
 2005  
 2006  
 2007  
 2008  
 2009  
 2010  
 2011  
 2012  
 2013  
 2014  
 2015  
 2016  
 2017  
 2018  
 2019  
 2020  
 2021  
 2022  
 2023  
 2024  
 2025  
 2026  
 2027  
 2028  
 2029  
 2030  
 2031  
 2032  
 2033  
 2034  
 2035  
 2036  
 2037  
 2038  
 2039  
 2040  
 2041  
 2042  
 2043  
 2044  
 2045  
 2046  
 2047  
 2048  
 2049  
 2050  
 2051  
 2052  
 2053  
 2054  
 2055  
 2056  
 2057  
 2058  
 2059  
 2060  
 2061  
 2062  
 2063  
 2064  
 2065  
 2066  
 2067  
 2068  
 2069  
 2070  
 2071  
 2072  
 2073  
 2074  
 2075  
 2076  
 2077  
 2078  
 2079  
 2080  
 2081  
 2082  
 2083  
 2084  
 2085  
 2086  
 2087  
 2088  
 2089  
 2090  
 2091  
 2092  
 2093  
 2094  
 2095  
 2096  
 2097  
 2098  
 2099  
 2100  
 2101  
 2102  
 2103  
 2104  
 2105  
 2106  
 2107  
 2108  
 2109  
 2110  
 2111  
 2112  
 2113  
 2114  
 2115  
 2116  
 2117  
 2118  
 2119  
 2120  
 2121  
 2122  
 2123  
 2124  
 2125  
 2126  
 2127  
 2128  
 2129  
 2130  
 2131  
 2132  
 2133  
 2134  
 2135  
 2136  
 2137  
 2138  
 2139  
 2140  
 2141  
 2142  
 2143  
 2144  
 2145  
 2146  
 2147  
 2148  
 2149  
 2150  
 2151  
 2152  
 2153  
 2154  
 2155  
 2156  
 2157  
 2158  
 2159  
 2160  
 2161  
 2162  
 2163  
 2164  
 2165  
 2166  
 2167  
 2168  
 2169  
 2170  
 2171  
 2172  
 2173  
 2174  
 2175  
 2176  
 2177  
 2178  
 2179  
 2180  
 2181  
 2182  
 2183  
 2184  
 2185  
 2186  
 2187  
 2188  
 2189  
 2190  
 2191  
 2192  
 2193  
 2194  
 2195  
 2196  
 2197  
 2198  
 2199  
 2200  
 2201  
 2202  
 2203  
 2204  
 2205  
 2206  
 2207  
 2208  
 2209  
 2210  
 2211  
 2212  
 2213  
 2214  
 2215  
 2216  
 2217  
 2218  
 2219  
 2220  
 2221  
 2222  
 2223  
 2224  
 2225  
 2226  
 2227  
 2228  
 2229  
 2230  
 2231  
 2232  
 2233  
 2234  
 2235  
 2236  
 2237  
 2238  
 2239  
 2240  
 2241  
 2242  
 2243  
 2244  
 2245  
 2246  
 2247  
 2248  
 2249  
 2250  
 2251  
 2252  
 2253  
 2254  
 2255  
 2256  
 2257  
 2258  
 2259  
 2260  
 2261  
 2262  
 2263  
 2264  
 2265  
 2266  
 2267  
 2268  
 2269  
 2270  
 2271  
 2272  
 2273  
 2274  
 2275  
 2276  
 2277  
 2278  
 2279  
 2280  
 2281  
 2282  
 2283  
 2284  
 2285  
 2286  
 2287  
 2288  
 2289  
 2290  
 2291  
 2292  
 2293  
 2294  
 2295  
 2296  
 2297  
 2298  
 2299  
 2300  
 2301  
 2302  
 2303  
 2304  
 2305  
 2306  
 2307  
 2308  
 2309  
 2310  
 2311  
 2312  
 2313  
 2314  
 2315  
 2316  
 2317  
 2318  
 2319  
 2320  
 2321  
 2322  
 2323  
 2324  
 2325  
 2326  
 2327  
 2328  
 2329  
 2330  
 2331  
 2332  
 2333  
 2334  
 2335  
 2336  
 2337  
 2338  
 2339  
 2340  
 2341  
 2342  
 2343  
 2344  
 2345  
 2346  
 2347  
 2348  
 2349  
 2350  
 2351  
 2352  
 2353  
 2354  
 2355  
 2356  
 2357  
 2358  
 2359  
 2360  
 2361  
 2362  
 2363  
 2364  
 2365  
 2366  
 2367  
 2368  
 2369  
 2370  
 2371  
 2372  
 2373  
 2374  
 2375  
 2376  
 2377  
 2378  
 2379  
 2380  
 2381  
 2382  
 2383  
 2384  
 2385  
 2386  
 2387  
 2388  
 2389  
 2390  
 2391  
 2392  
 2393  
 2394  
 2395  
 2396  
 2397  
 2398  
 2399  
 2400  
 2401  
 2402  
 2403  
 2404  
 2405  
 2406  
 2407  
 2408  
 2409  
 2410  
 2411  
 2412  
 2413  
 2414  
 2415  
 2416  
 2417  
 2418  
 2419  
 2420  
 2421  
 2422  
 2423  
 2424  
 2425  
 2426  
 2427  
 2428  
 2429  
 2430  
 2431  
 2432  
 2433  
 2434  
 2435  
 2436  
 2437  
 2438  
 2439  
 2440  
 2441  
 2442  
 2443  
 2444  
 2445  
 2446  
 2447  
 2448  
 2449  
 2450  
 2451  
 2452  
 2453  
 2454

**Información básica del paciente y la atención**

Plan: POS

**Paola Fernanda Lozano Ramirez**

Identificación:  
CC 31484077

Fecha de nacimiento:  
17-09-1980

Edad:  
40 años(Adultez)

Sexo:  
Femenino

Tipo de afiliación:

POS

Teléfono fijo:

3398410

Estado civil:

Casado

Departamento:  
**VALLE DEL CAUCA**  
Otro teléfono fijo:  
3206799314  
Ocupación:  
Independiente

Municipio:  
CALI

Dirección:  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico:  
parelo80@hotmail.com

**Motivo de Consulta**

**CAUSAL DE DOLOR PRIMERA VEZ**

ANTECEDENTE: VIV EN CALI OCUPACIÓN: TRABAJA EN DROGUERIA DESDE JULIO 2020 LATERALIDAD: DIESTRA CONVIVE: ESPOSO E HIJA

MOTIVO DE CONSULTA: VENGO POR EL ACCIDENTE REMITE: ORTOPEDIA

**Enfermedad actual**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL LILI CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES

LATERAL, REFIERE DOLOR EN RODILLA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO, DOLOR EMPEORA CON LA MARCHA PROLONGADA, BIPEDESTACION PORLONGADA, NIEGA EDEMA ARTICULAR, REFIERE QUE HA REAZUADO 49  
 SIONES CON MEJORIA PARCIAL DE LA SINTOMATOLOGIA. REFIERE USO DE TRAMADOL 8 GOTAS, USOD E ACTIM OCASIONAL. REFIERE MARCHA OCASIONAL

ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLOGICOS: LINFEDEMA - LIPEDEMA QUIRURGICOS: VARICECTOMIA. HOSPITALIZACIONES: NIEGA TRAUMATICOS: NIEGA TOXICOS: NIEGA ALCOHOL ; CIGARRILLO ALERGICOS: NIEGA  
 MILIARES: NIEGA

IOLOGIA DE TIBIA BILATERAL 16 ENERO 2020:

Fractura de platillos tibiales tanto interno como externo bilaterales, con fijación con platinas y tornillos bilateralmente. La valoración del éxito y la evolución de la intervención quedan a cargo del médico tratante a la luz del  
 contexto clínico.

**Antecedentes Patológicos**

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Hipertensión arterial            | No       | EPOC                           | No       |
| Diabetes mellitus                | No       | Enfermedad tiroidea            | No       |
| Enfermedad isquémica del corazón | No       | Trastorno del tracto digestivo | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       | Epilepsia                      | No       |
| Cáncer                           | No       | Trastorno psiquiátrico         | No       |
| Insuficiencia renal crónica      | No       | VIH                            | No       |
| Asma                             | No       |                                |          |

**Antecedentes Alérgicos**

relata alergias

**Antecedentes Quirúrgicos**

relata procedimientos

**Antecedentes ginecobstétricos**

Parénquia años

11 año(s)

FUM (Fecha de última menstruación)

03-09-2019

ID Historia 47497687



**Información de embarazos previos**

Número de embarazos previos 0

**Información del embarazo actual**

Esta embarazada No

Observaciones ginecobstétricas FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

**Examen físico**

**Medidas Antropométricas** Peso: 85.7 kg, Talla: 155 cm, IMC: 35.67, Clasificación según IMC : Obesidad tipo II

**Otros signos vitales** Sitio de toma de temperatura: Axilar

**Estado general del paciente** BUENAS CONDICIONES GENERALES.

**Osteomuscular** COLUMNA: COLUMNA SIMETRICA, AMAS CONSERVADOS, FLEXION GRADO III, MARCHA ANORMAL CON COJERA DURANTE EL APOYO EN MIMEMBRO INFERIO DERECHO, DOLOR A LA PALAPCION E MASAS MUSCULARES, DOLOR A LA PALAPCION DE INSERCIÓN DE PATA DE GANSO BILATERAL DOLOR A AL PALAPCION E INTERLINES MEDIA Y LATERAL, NO INESTABILIDAD ARTICULAR, AMAS DE RODILLA BILATERAL CONSERVADOS

**Neurológicos** FUERZA MUSCULAR: 5/5 PROXIMAL Y DISTAL EN 4 EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD CONSERVADA, NO ALTERACIONES EN SENSIBILIDAD PROFUNDA O SUPERFICIAL, ROT: ++ SIMETRICO EN 4 EXTREMIDADES, TONO CONSERVADO.

**Análisis y plan**

**Validación COVID-19**

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

**Notas de análisis y plan:** PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL LILI CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL, REFIERE DOLOR EN RODILLA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO, DOLOR EMPEORA CON LA MARCHA PROLONGADA, BIPEDESTACION PORLONGADA, NIEGA EDEMA ARTICULAR, REFIERE QUE HA REALIZADO 49 SESIONES CON MEJORIA PARCIAL DE LA SINTOMATOLOGIA. ACTUALMENTE CON HALAZGOS AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR DE SD PATELOFEMORAL BILATERAL CON TENDINITIS DE LA PATA DE GANSO EN CONTEXTO DE PACIENTE CON OBESIDAD GRADO II Y LINFEDEMA EN MIMEMBRO INFERIORES POR HC, CON GENU VALGO, DOLOR MECANICO DE INTENSIDAD MODERADA SE CONSIDERA SE BENEFICIARIA DE DISMINUCION DE PESO COMO MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR, SE ENVIA A NUTRICION Y SE INICIA CICLO DE REHABILITACION HIDROTERAPIA 15 SESIONES PARA CONTROL DOLOR. CONTROL EN 4 MESES PESO OBJETIVO 80 KG. SE CONSIDERA NO CANDIDATA A MANEJO INTERVENCIONISTA NI A RETIRO DE MATERIAL DE OTS.

|  |                     |                     |
|--|---------------------|---------------------|
| Diagnóstico principal                    |                     | Tipo de diagnóstico |
| S822-FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA |                     | Confirmado nuevo    |
| Otros diagnósticos                       | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico    |
| E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA           | Confirmado nuevo    | GRADO II            |

**Causa externa y finalidad**

Causa externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

**Conducta final**

**Prescripción de medicamentos**

**Ayudas diagnósticas**

| Código | Tipo | Nombre   | Cantidad |
|--------|------|--|----------|
| 933300 | pos  | TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD | 10       |

**Remisión**

**Información del profesional**

VICTOR ANDRES MARTINEZ CORTES

CC 94543468

FISIATRIA

Registro 76-0404/15





Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Identificación  
CC 31484077

Fecha de nacimiento  
17-09-1980

Edad  
40 años (Adulthood)

Sexo  
Femenino

Punto de afiliación

POS

Teléfono fijo

398410

Estado civil

Casado

Departamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
Independiente

Municipio  
CALI

Dirección  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico  
pafelo80@hotmail.com

motivo de Consulta

MEDIDAS TOMADAS POR PANDEMIA DE COVID 19 SE COMUNICA A TELEFONOS REGISTRADOS EN HISTORIA CLINICA Y BASE DE DATOS.

3410: " lo sentimos el número marcado no existe "

7669: " lo sentimos el número marcado no existe "

5799314: # 10 llamadas, no contestan

Enfermedad actual

3410: " lo sentimos el número marcado no existe "

7669: " lo sentimos el número marcado no existe "

5799314: # 10 llamadas, no contestan

Precedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Hipertensión arterial            | No       | EPOC                           | No       |
| Diabetes mellitus                | No       | Enfermedad tiroidea            | No       |
| Enfermedad isquémica del corazón | No       | Trastorno del tracto digestivo | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       | Epilepsia                      | No       |
| Cáncer                           | No       | Trastorno psiquiátrico         | No       |
| Insuficiencia renal crónica      | No       | VIH                            | No       |
| Alzheimer                        | No       |                                |          |

Precedentes Alérgicos

Reacciona a alergias

Precedentes Quirúrgicos

Reacciona a procedimientos

Precedentes ginecobstétricos

Edad en años

11 año(s)

FUM (Fecha de última menstruación)

03-09-2019

Información de embarazos previos

Número de embarazos previos

0

Información del embarazo actual

ID Historia 49071591

Ips Colsubsidio Cali (2712)  
Consulta telemedicina medico centinela  
Fecha de la atención 25/01/2021 11:48



Esta embarazada No

Observaciones ginecobstétricas FUR " HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

Examen físico

Medidas Antropométricas Peso: 90 kg, Talla: 155 cm, IMC: 37.46, Clasificación según IMC: Obesidad tipo II

Signos Vitales Frecuencia cardiaca: 76 lpm, Frecuencia respiratoria: 16 rpm

Presión Arterial Presión arterial sistólica: 110, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 83.33

Otros signos vitales Sitio de toma de temperatura: Axilar

Estado general del paciente cita NO presencial, se registra valor al azar de signos vitales, sistema no permite cierre de historia clínica sin estos ítems.

Análisis y plan

Información gestión covid

Nueva gestión No

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Notas de análisis y plan: 9398410: " lo sentimos el número marcado no existe "

3847669: " lo sentimos el número marcado no existe "

3206799314: # 10 llamadas, no contestan

se realiza cierre de historia clínica siendo las : 12.20 hrs ( hora agendada de la cita : 12.00M)

| Diagnóstico principal   | Tipo de diagnóstico   |
|---|-----------------------|
| Z911-HISTORIA PERSONAL DE INCUMPLIMIENTO DEL RÉGIMEN O TRATAMIENTO MÉDICO | Impresión diagnóstica |

Causa externa y finalidad

|               |                    |                          |           |
|---------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| Causa externa | Enfermedad general | Finalidad de la consulta | No aplica |
|---------------|--------------------|--------------------------|-----------|

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

Remisión

Información del profesional

ETHILSE VANESSA LENIS RIVERA

CC 29682725

MEDICO GESTOR RCV - RE

Registro 76-1303

EPS **sura**

## Resumen de Atención

IPS Atiende: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA

F.Atención: 2021/01/06

IPS Afiliado: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE

F.Impresión: 2021/01/06 09:28:31

Identificación: CC 31484077

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

| Orden           | Valor | Tipo Documento | Observación  |
|-----------------|-------|----------------|--|
| 137946-25564900 | 0     | PENDIENTE      | Prestador: 2271 - FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACIÓN I<br>Verificar que la orden haya sido entregada en la consulta y dirijase al prestador cumpliendo los requisitos previos para el examen |

## DOCUMENTOS QUE FUERON ENTREGADOS POR SU MEDICO EN LA CONSULTA

Solicitud Regional

100

100

100





# FUNDACIÓN IDEAL®

Para la rehabilitación integral  
"Julio H. Calonge"



NDI  
CENTERS OF EXCELLENCE



**BIENVENIDOS A LA FUNDACION IDEAL, PRIMER CENTRO DE EXCELENCIA DE COLOMBIA, AMERICA LATINA Y EL CARIBE, EN INVESTIGACION, FORMACION Y ATENCION INTEGRAL DE PERSONAS CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS, POR LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE NEURODESARROLLO NDTA DE LOS ESTADOS UNIDOS**

## **CARTA COMPROMISO**

**El Talento Humano de la Unidad de Habilitación/Rehabilitación agradece por considerarnos su opción para atenderlos (as)**

Con el fin de ofrecerle un mejor servicio solicitamos su colaboración para el cumplimiento de las siguientes normas de convivencia:

- Todo (a) usuario (a) menor de 18 años debe estar acompañado de una (1) persona adulta responsable para poder realizar la atención.
- Los mayores de 18 años deben estar acompañados de una (1) persona adulta responsable según el criterio del profesional tratante.
- En los dos casos anteriores el acompañante debe permanecer en la institución, debe quedar claro desde la primera cita quien es el adulto que acompaña el proceso, en caso de cambio de acudiente debe reportarse por escrito indicando nombre y número de cédula. Solo se permite un acompañante por paciente en espacios terapéuticos. Recuerde que el paciente es su responsabilidad.
- El tiempo de atención (30 a 45 minutos) será estipulado de acuerdo a: Estándares para las terapias, condición de salud del usuario (a) indicación médica, modelo de atención pactado con las aseguradoras. Recuerde que durante este tiempo el profesional tiene las funciones de recepción, atención, educación, y registro en historias clínicas.
- Todo usuario (a) debe llegar 30 minutos antes de la cita, para garantizar puntualidad en su atención, en caso de no poder hacerlo se caracteriza como impuntualidad y debe reprogramar su cita, el usuario (a) debe continuar con la intervención correspondiente según su hora de llegada (terapia No 2) sin que se tenga que reponer dicha terapia ni tampoco podrá ser cobrada a su entidad.
- En caso de que el usuario (a) no pueda asistir debe cancelar su cita con seis (6) horas de anticipación, directamente con la auxiliar de citas e información. De la misma manera la institución se obliga a cancelar las citas asignadas (por eventos programados) con el mismo tiempo de anticipación (seis horas) de no poder prestar el servicio.
- La inasistencia a dos (2) sesiones continuas, será causal de terminación de la orden. Se debe orientar para que solicite una nueva autorización a la entidad según recomendaciones del especialista tratante.
- Si Usted llega con anticipación a la hora de la cita debe esperar su turno en la recepción hasta que el profesional salga y haga el llamado respectivo. No deambule por las instalaciones. No ingrese otros acompañantes) a las salas para evitar riesgos y/o accidentes.



**FUNDACIÓN IDEAL®**

Para la rehabilitación integral  
"Julio H. Calonge"



NIA

CENTERS OF EXCELLENCE



- Cada usuario (a) debe traer ropa apropiada, según requerimiento del servicio, por ejemplo, se deben traer medias antideslizantes para el acceso a zonas con tapetes plásticos, vestido de baño y gorro para terapia acuática, ropa cómoda y toalla para terapia física. *John Carreto*
- Para favorecer la seguridad de todos se debe garantizar buenas condiciones higiénicas tanto de parte del usuario, acompañante y personal de la institución.
- El terapeuta no podrá dar ningún tipo de incapacidad médica, formular medicamentos, solicitar ayudas ortopédicas ni de movilidad, así como tampoco está permitido que indique la cantidad o frecuencia de las terapias, podrá sugerir interconsulta con médico tratante como punto de referencia para direccionar manejo de acuerdo a diagnóstico, evolución y plan de tratamiento.
- En caso de que el(a) usuario (a) presente fiebre, cuadros virales o lesiones en la piel, u otro tipo de síntomas que indiquen posible enfermedad, debe informar oportunamente para reprogramar la cita, si estos se presentan durante la terapia, se suspenderá la sesión de manera inmediata. Una vez se asiste al médico es necesario traer copia de la Historia clínica para retomar proceso de atención con las precauciones del caso.
- Los profesionales están en la obligación durante el tratamiento de dar recomendaciones de manejo al cuidador para reforzar el proceso terapéutico en casa, y la familia tiene el deber de aplicarlo. Una vez se defina el egreso se debe entregar plan casero.
- De acuerdo al diagnóstico y pertinencia clínica se realizará el tratamiento terapéutico del cual el día que egrese según criterio emitido por el equipo interdisciplinario se le entregará plan casero.
- Los usuarios (as) deben tener un adecuado uso y manejo de los implementos del servicio, previa autorización de los terapeutas.
- No se permite la toma de fotos y videos sin previa autorización del usuario o acudiente, autoridades legales, jefatura, grupo de investigación o comité de ética.
- Durante la permanencia en los espacios terapéuticos no se permite a los acudientes ni a los terapeutas el uso del celular ni aparatos electrónicos.
- Mientras el usuario y su acompañante permanezca dentro de la institución debe mantener una conducta adecuada, facilitando así una sana convivencia.
- Como parte vital del modelo de rehabilitación integral de fundación IDEAL, todo usuario (a) al ingreso debe ser evaluado de manera integral y aquellos que permanece cuatro (4) meses o más, ser revaluado cada tres meses, para conocer la evolución de su tratamiento. La evaluación y reevaluación tiene una duración de una (1) hora, se realiza con el usuario, su cuidador y equipo terapéutico (completo), esto con el fin de verificar el cumplimiento de objetivos y replantearlos de ser necesario.
- Cualquier irregularidad en el Servicio debe ser informada a la persona responsable (jefatura, auxiliar de atención al usuario o persona encargada) y/o dejarla por escrito en el buzón de sugerencias.

**¡MUCHAS GRACIAS!**

CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS SA

NIT.: 800004579-2

SEDE PRINCIPAL

CALI - VALLE

FECHA : 2020/09/02

HORA : 05:23 PM

PAGINA: 01

APOYO DIAGNOSTICO

Paciente : LOZANO RAMIREZ PAOLA FERNANDA  
Nro. Ident. : I-31404077 Sexo: F Est Civil : Edad: 039 AÑO  
Fecha Evento : 2020-SEP-02 Hora: 05:22 PM Plan : EPS Telefono: 3206799314  
Direccion : CRR11F N.38-86 CEL.3226075912 Cel.:  
Entidad: SURA EPS

Profesional : 0001 MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL  
Especialidad : ORTOPEDISTAS TRAUMATOLOGOS Nro. Registro Medico: RM 7267

DIAGNOSTICO :  
SECUELAS FRACTURAS RODILLAS

EXAMEN SOLICITADO :  
CITA A MEDICINA LABORAL

PIDA SU CITA DE CONTROL AL TELEFONO 4853232 OPCION 1 - EXT 200  
PIDA SU CITA DE FISIOTERAPIA AL TELEFONO 4853232 OPCION 2 - EXT 202

Prof: MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL

C.C 0000000149213

R.M.RM.

ENTREGADO

RECIBIDO

Dr. Fernando Mejia Lopez  
Ortopeda y Traumatologo  
C.C. 14.979.213 - Cali  
T.P. 808073 REG. 7267

clave llamar

4378888

018000 318888



## CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS SA

NIT.: 800004579-2

SEDE PRINCIPAL

CALI - VALLE

FECHA : 2020/09/02

HORA : 05:23 PM

PAGINA: 01

## HISTORIA CLINICA CONTROL

Paciente : LOZANO RAMIREZ PAOLA FERNANDA  
Nro. Ident. : 1-31484077 Sexo: F Est Civil :  
Fecha Evento : 2020-SEP-02 Hora: 05:20 PM Plan : EPS  
Direccion : CRR11F N.38-86 CEL.3226075912 Entidad: SURA EPS  
Profesional : 0001 MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL  
Especialidad : ORTOPEDISTAS TRAUMATOLOGOS Nro. Registro Medico: RM 7267

## DETALLE : RODILLAS

PACIENTE QUE HACE 11 MESES TUVO ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE LA MOTO Y FRACTURARSE AMBAS RODILLAS EN LOS PLATILLOS TIBIALES EN FVL FUE OPERADA EN CLINICA VALLE DE LILI HOSPITALIZADA DURANTE UNA SEMANA AHORA REFIERE DOLOR EN LA RODILLA IZDA CON LIMITACION DE LA FUNCION DICE QUE ESTAR PARADA LE GENERA MUCHO DOLOR  
PACIENTE CON SOBRE PESO 81kg vs 157cm MARCHA LEVE COJERA INTALGICA CON DOLOR DE AMBAS RODILLA NORMAL SIN SIGNOS DE LESION DE CRUZADOS CON BOSTEZO MEDIAL GI EN LA RODILLA IZDA SIN SIGNOS MENISCALES SIN DERRA ME ARTICULAR CICATRICES MEDIALES LATERALES SANAS NOTABLE DISMINUCION DE LA FUERZA DE CUADRICEPS MAS EN EL LADO IZDO EDEMA DE LOS MMII (?)  
RX DE HOY MUESTRA FRACTURAS CONSOLIDADAS EN BUENA POSICION CON PLACAS MEDIALES Y LATERALES EN BUENA POSICION SIN SIGNOS DE AFLOJAMIENTO EXPLICÓ A LA PACIENTE LA NECESIDAD DE PRACTICAR LOS EJERCICIOS APRENDIDOS Y RECUPERAR LA FUERZA DEL CUADRICEPS ENVIO FISIOTERAPIA R ENTREGO LABIORAL CON RECOMENDACIONES DE FUERZA CARGA GRADOS CUCLILLAS SALTOS CONTROL DEL PESO EVALUACION EN MEDICINA LABORAL

PIDA SU CITA DE CONTROL AL TELEFONO 4853232 OPCION 1

PIDA SU CITA DE FISIOTERAPIA AL TELEFONO 4853232 EXT 202

Prof: MEJIA LOPEZ FERNANDO MANUEL

C.C 000000014979213

R.M. RM 7267

ENTREGADO

RECIBIDO

Dr. Fernando Mejia López  
Ortopedia y Traumatología  
Atenciones  
C.C. 14.978.213 - Cali  
T.P. 606078 REG. 7267



CENTRO DE ORTOPEdia Y FRACTURAS SA

MIT.: 800004579-2

SEDE PRINCIPAL

CALI - VALLE

FECHA : 2021/01/26

HORA : 11:28 AM

PAGINA: 01

HISTORIA CLINICA CONTROL

Paciente : LOZANO RAMIREZ PROLA FERNANDA  
Nro. Ident. : 1-31484077 Sexo: F Est Civil : Edad: 040 AÑO  
Fecha Evento : 2020-SEP-08 Hora: 04:38 PM Plan : EPS Telefono: 3206799314  
Direccion : CRR11F N.38-86 CEL.3226075912 Cel.:  
Entidad: SURA EPS  
Profesional : 0232 RAMIREZ JIMENEZ MERLINDA MARIA Nro. Registro Medico: 29453  
Especialidad : FISIATRA

DETALLE :

MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR EN LAS RODILLAS.

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EN AMBAS RODILLAS DESDE EL 21/19/20 CUANDO TUVO ACCIDENTE EN MOTO, CAYO EN UN HUECO, QUE SE ACOMPAÑA DE EDEMA EN LAS RODILLAS Y DE CHASQUIDO ARTICULAR. FUE INTERVENIDA DE AMBAS RODILLAS DONDE LE COLOCARON OST.

REFIERE QUE HA REALIZADO 40 SESIONES DE FISIOTERAPIA A LA FECHA CON MEJORIA. SIN LABORAR ACTUALMENTE, REFIERE QUE LA DESVINCULARON ESTANDO EN INCAPACIDAD ACTUALMENTE.

ANTECEDENTES PERSONALES:

NIEGA ALERGIAS Y PATOLOGÍAS.

EXAMEN FÍSICO: PACIENTE QUE INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CON SOBREPESO, CON MARCHA DE PATRÓN CLAUDICANTE, CON ASISTENCIA DE BASTÓN DE UN PUNTO POR INDICACIÓN PROPIA SEGÚN REFIERE POR DOLOR, CON AMAS DE LAS RODILLAS COMPLETAS Y NO DOLOROSAS, CON CHASQUIDO ARTICULAR DE PREDOMINIO DERECHO, FM GRADO 4-/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA, CON CICATRICES QUIRÚRGICAS EN AMBAS PIERNAS.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: 1.- SECUELAS DE FRACTURA DE TIBIA BILATERAL.

CONDUCTA: PACIENTE QUE CURSA CON SECUELAS DE FRACTURA DE TIBIA BILATERAL TERCIARIO PROXIMAL, CON SOBREPESO, A QUIEN SE LE EXPLICA QUE ESTO NO LE AYUDA A MEJORAR Y SE REMITE A NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, SE LE RECOMIENDA EL USO DE GELATINA SIN SABOR POR EL ALTO CONTENIDO DE COLÁGENO COMO COADYUVANTE A LA MEJORA ARTICULAR. SE INDICA TERMINAR EL PLAN DE REHABILITACIÓN QUE REALIZA ACTUALMENTE Y CONTROL AL TERMINAR LAS SESIONES PARA DAR DE ALTA.

MD FISIATRA  
R.M. 32780668  
Luz Roldán M. Ramírez

PIDA SU CITA DE CONTROL AL TELÉFONO 4853232 OPCIÓN 1

PIDA SU CITA DE FISIOTERAPIA AL TELÉFONO 4853232 EXT 202



1. The first part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

2.

3. The second part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

4.

5.

6.

7. The third part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

8.

9.

10. The fourth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21. The fifth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the Board of Directors of the Corporation.

22.

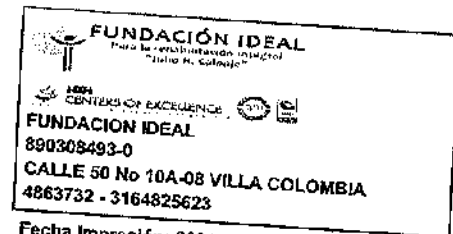
Prof: RAMIREZ JIMENEZ HERLINDA MARIA  
C.C 000000032780668  
R.M.29453

ENTREGADO

RECIBIDO



PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
F.Nacimiento : 1980-09-18  
CC-31484077  
Edad : 40 Año(s) - 4 Mes(es)  
Género : femenino  
Dirección : CR 13 # 44 03 CHAPINERO  
Móvil : 3206799314  
Teléfono : 3206799314-  
3226075912  
E-mail : No Tiene  
Fecha Atención : 27-01-2021  
08:56:45  
Entidad : EPS SURA



Fecha Impresión: 2021-03-02 11:28:35 AM  
Usuario: MAOTERO

## Historia Código: 3786416

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Nombre Responsable: JUAN TORRES  
Punto Atención: NEUROREHABILITACION  
Línea Producto: T. ACUATICA ADULTOS

Identificación: CC-31484077  
Dirección: 0  
No Documento: BC-84418  
Estado: CERRADO

Teléfono: 3226075912  
Código Prestador: 760010091501  
Sede: VILLA COLOMBIA

### ANAMNESIS

#### Motivo de Consulta

La paciente refiere que tuvo accidente tránsito con fractura de  
plátanos tibiales en ambas rodillas.

#### Ocupación

Trabaja en droguería

#### Diagnostico Cie 10

|                   |  |                     |                       |
|-------------------|--|---------------------|-----------------------|
| Dx Principal:     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | Tipo Diagnostico:   | Impresión Diagnostica |
| Dx Relacionado 1: | Sin seleccionar Diagnostico                | Finalidad Consulta: | No aplica             |
| Dx Relacionado 2: | Sin seleccionar Diagnostico                | Causa Consulta:     | Enfermedad general    |

#### Signos Vitales

| P  | Talla | IMC   | F/C | F/R | P/Abd |
|----|-------|-------|-----|-----|-------|
| 85 | 1.57  | 34.48 | 0   | 0   | 0     |

Clasificación: Obesidad Grado

Riesgo: Moderado

### ANTECEDENTES

#### Personales (Alergias)

Linfedema

#### Familiares

Padre: Diabetes y HTA

#### Quirúrgicos

Varicectomía

Fractura de humero izquierdo

#### Farmacológicos

Tramadol

#### Terapéuticos

Fisioterapia

#### Habitos

Sedentaria

#### Evaluación Inicial (EI)

27-01-2021

### OBSERVACION

|                |            |
|----------------|------------|
| Estado General | E          |
|                | 4. Bueno   |
| Estado Mental  | E          |
|                | 4. Alerta  |
| Incontinencia  | E          |
|                | 4. Ninguna |
| Movilidad      | E          |
|                | 4. Total   |

# TERAPIA ACUÁTICA

|           |              |
|-----------|--------------|
| Actividad | E            |
|           | 4. Caminando |

## EVALUACIÓN DEL DOLOR

| EVALUACION | SI                                  | NO                       | LOCALIZACION | INTENSIDAD (1-10) |
|------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------|-------------------|
| E1         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rodillas     | 9                 |
| RE1        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |              |                   |
| RE2        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |              |                   |
| RE3        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |              |                   |

## CLASIFICACIÓN DEL COMPROMISO

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Funciones y movilidad de las articulaciones (b710) | E | Funciones y movilidad con la fuerza muscular (b730) | E |
| 1. Ligera  |   | 1. Ligera   |   |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Funciones relacionadas con el tono muscular (b735) | E | Función realizada con el movimiento involuntario (b765) | E |
| NA. No Aplica                                      |   | NA. No Aplica   |   |

## FUERZA MUSCULAR

| MUSCULO                 | EI  | RE1 | RE2 | RE3 |
|-------------------------|---|-----|-----|-----|
| Musculatura de rodillas | Cuadriceps<br>Derecho 3+/5<br>izquierdo 3+/5<br>Isquiotibiales<br>Derecho 3+/5<br>izquierdo 3+/5<br>Aductores<br>Derecho 3+/5<br>izquierdo 3+/5<br>Tensor de la fascia lata<br>Derecho 3+/5<br>izquierdo 3+/5 |     |     |     |
|                         |   |     |     |     |
|                         |   |     |     |     |
|                         |   |     |     |     |
|                         |   |     |     |     |
|                         |   |     |     |     |
|                         |   |     |     |     |
|                         |   |     |     |     |

## ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR

| ARTICULACION      | EI                           | RE1 | RE2 | RE3 |
|-------------------|------------------------------|-----|-----|-----|
| Rodilla derecha   | Flexión 110°<br>extensión 0° |     |     |     |
| Rodilla izquierda | Flexión 100°<br>extensión 0° |     |     |     |
|                   |                              |     |     |     |
|                   |                              |     |     |     |
|                   |                              |     |     |     |
|                   |                              |     |     |     |
|                   |                              |     |     |     |

## 13. OBSERVACIONES

Paciente asiste sin acompañante, deambulando por sus propios medios, alerta, orientada en sus tres esferas mentales, refiere no haber tenido covid-19 ni presentar ningún síntoma relacionado con la enfermedad. Ingresó al consultorio con tapabocas, se atiende con todo el equipo de bioprotección personal y previa desinfección del consultorio. T° 36.1. Remitida por el Especialista del dolor Víctor Andrés Martínez para 15 sesiones de terapia acuática. Datos de la historia clínica: Paciente con accidente de tránsito en moto vs hueco el 21 de octubre del 2019 manejado en valle del lili con material OTS tibia con reporte de Fx de platillos tibiales bilateral, refiere dolor en rodilla bilateral de predominio izquierdo, dolor que empeora con la marcha prolongada, bipedestación prolongada, niega edema articular, refiere que ha realizado 49 sesiones con mejoría parcial de la sintomatología. Actualmente con hallazgos al examen osteomuscular de SD patelofemoral bilateral con tendinitis de la pata de ganso en contexto de paciente con obesidad grado II y linfedema en miembros inferiores, con genu valgo, dolor mecánico de intensidad moderada. Al examen físico no se observan alteraciones en la piel, columna simétrica, AMAs conservados, Flexión grado III, marcha anormal con cojera durante el apoyo en

miembro inferior derecho, dolor a la palpación de masas musculares y en la inserción de la pata de ganso bilateral, dolor a la palpación de interlineas medial y lateral, sin inestabilidad, sensibilidad conservada. Presenta limitación para correr, montar bicicleta, subir y bajar escaleras, caminar trayectos largos, agacharse. Se ve afectada en su desempeño laboral. Retracción de isquiotibiales, cuádriceps e iliopsoas.

DXF: Paciente con dolor de ambas rodillas, retracción de cuádriceps e isquiotibiales, dolor 8/10, con limitación de AMA. Limitada para subir y bajar escaleras, agacharse, montar bicicleta, correr y permanecer mucho tiempo de pie. Sin restricción en la participación de actividades laborales

#### 14. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

##### Objetivo Retador

Paola ganará fuerza muscular de tren inferior, que le permita mayor estabilidad a la articulación de ambas rodillas, promoviendo mayor funcionalidad durante transiciones altas, y mayor tolerancia a la posición bípedo, marcha prolongada, permitiendo mejorar su desempeño en actividades de la vida diaria y haciendo énfasis en la educación de un plan casero para empoderamiento de su rehabilitación

##### Objetivo Específico

Modular dolor en rodillas. Mejorar la flexibilidad de cuádriceps e isquiotibiales. Ganar fuerza muscular y propiocepción de la rodilla, mejorando transferencia de peso en cada miembro inferior durante la marcha. Educar en plan casero para acondicionamiento físico y gasto calórico.

Historia Clínica contiene información sensible?

☐ SI

☒ NO

Fabio Aristizabal M.  
Fisioterapeuta S.M.  
*Fabio Aristizabal M.*

FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

1. The first part of the document is a list of names and addresses. The names are written in a cursive script, and the addresses are written in a more formal, printed style. The list is organized into two columns, with names on the left and addresses on the right.

2. The second part of the document is a list of names and addresses, similar to the first part. The names are written in a cursive script, and the addresses are written in a more formal, printed style. The list is organized into two columns, with names on the left and addresses on the right.

3. The third part of the document is a list of names and addresses, similar to the first two parts. The names are written in a cursive script, and the addresses are written in a more formal, printed style. The list is organized into two columns, with names on the left and addresses on the right.

4. The fourth part of the document is a list of names and addresses, similar to the first three parts. The names are written in a cursive script, and the addresses are written in a more formal, printed style. The list is organized into two columns, with names on the left and addresses on the right.

5. The fifth part of the document is a list of names and addresses, similar to the first four parts. The names are written in a cursive script, and the addresses are written in a more formal, printed style. The list is organized into two columns, with names on the left and addresses on the right.

6. The sixth part of the document is a list of names and addresses, similar to the first five parts. The names are written in a cursive script, and the addresses are written in a more formal, printed style. The list is organized into two columns, with names on the left and addresses on the right.



I. Información del Paciente:

|                        |                               |           |                               |
|------------------------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|
| Paciente:              | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ | Entidad:  | EPS SURA                      |
| Numero Identificación: | CC -31484077                  | Sexo:     | FEMENINO                      |
| Fecha Nacimiento:      | 09/16/1980                    | Afiliado: | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ |
| Edad:                  | 40 años                       | Estrato:  | R1                            |
| Dirección:             | CR 13 # 44 03 CHAPINERO       | Telefono: | 3206799314-3226075912         |
| Usuario:               | MAOTERO                       |           |                               |

Nro Documento: BC-94418

Código Prestador: 760010091501

Fecha Ingreso: 27/01/2021 8:38:35

Fecha Egreso: 27/01/2021 8:38:35

Punto Entrada: NEUROREHABILITACION

Punto Salida: NEUROREHABILITACION

Causa Salida: VACIO

Observaciones

Causa de Consulta: paciente refiere que tuvo accidente tránsito con fractura de platillos tibiales en ambas rodillas.  
Enfermedad Actual: Paciente asiste sin acompañante, deambulando por sus propios medios, alerta, orientada en sus tres esferas mentales, refiere no haber tenido covid-19 ni presentar ningún sintoma relacionado con la enfermedad. Ingresó al consultorio con tapabocas, se atiende con todo el equipo de bioprotección personal y previa desinfección del consultorio. T° 36.1; Remitida por el Especialista del dolor Víctor Andrés Martínez para 15 sesiones de terapia acuática. Datos de la historia clínica: Paciente con accidente de tránsito en moto vs hueco el 21 de octubre del 2019 manejado en valle del lili con material OTS tibia con reporte de Fx de platillos tibiales bilateral, refiere dolor en rodilla bilateral de predominio izquierdo, dolor que empeora con la marcha prolongada, bipedestación prolongada, niega edema articular, refiere que ha realizado 49 sesiones con mejoría parcial de la sintomatología. Actualmente con hallazgos al examen osteomuscular de SD patelofemoral bilateral con tendinitis de la pata de ganso en contexto de paciente con obesidad grado II y linfedema en miembros inferiores, con genu valgo, dolor mecánico de intensidad moderada. Al examen físico no se observan alteraciones en la piel, columna simétrica, JAMAs conservados, Flexión grado III, marcha anormal con cojera durante el apoyo en miembro inferior derecho, dolor a la palpación de masas musculares y en la inserción de la pata de ganso bilateral, dolor a la palpación de interlineas medial y lateral, sin inestabilidad, sensibilidad conservada. Presenta limitación para correr, montar bicicleta, subir y bajar escaleras, caminar trayectos largos, agacharse. Se ve afectada en su desempeño laboral. Retración de isquiotibiales, cuádriceps e iliopsoas.

DXF: Paciente con dolor de ambas rodillas, retracción de cuádriceps e isquiotibiales, dolor 8/10, con limitación de AMA. Limitada para subir y bajar escaleras, agacharse, montar bicicleta, correr y permanecer mucho tiempo de pie. Sin restricción en la participación de actividades laborales

Diagnóstico Principal de Ingreso:

(S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

Diagnóstico de Egreso: (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

Resumen y Tratamiento Médico: Usaria finaliza 10 sesiones de terapias acuáticas

Si evolución a la fecha

Usaria manifiesta que se sintió mejor con las terapias el dolor

Disminuyó

Presenta dolor articular rodillas 5/10 en la marcha subir y bajar grasas

La

Movilidad articular de rodilla flexión 0-100 grados extensión 100-0 grados

La fuerza muscular cuádriceps 4-/5 aductor e isquiotibiales 3+/5 tensor fascia lata 4/5

Presenta retracciones musculares leves en tren inferior

Marcha con leve cojera

Pendiente control médico

Servicio : (933300)TERAPIAS MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS Cantidad : 10,00

null

Dr(a): REYES GUTIERREZ JULY ANDREA

Registro Médico: 76-2836

Especialidad: FISIOTERAPIA

Se firma Electrónicamente.

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.1 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

Figure 1 consists of two scatter plots. The left plot shows a positive correlation between the number of children and the number of adults, with data points generally following an upward trend. The right plot shows a negative correlation, with data points generally following a downward trend.

[illegible][illegible]

• • • • •

[illegible]

*Journal of Management Education* 36(7) 809-824  
© The Author(s) 2012  
Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

...the fact that the *de novo* mutation rate is low, the *de novo* mutation rate is not the only source of genetic variation. The *de novo* mutation rate is not the only source of genetic variation. The *de novo* mutation rate is not the only source of genetic variation.

[illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to reach 1.7 billion by the year 2015.

[illegible]

*Journal of Management Education* 30(6)p. 789-804  
© The Author(s) 2006. Reprints and permissions:  
<http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

|   |                               |             |                               |        |         |
|---|-------------------------------|-------------|-------------------------------|--------|---------|
| Identificación  | CC 31484077                   | Nombre :    | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ | Edad : | 40 Años |
| Tipo Atención   | EG                            | IPS Atiende | CLINICA CASTELLANA S.A.S.     |        |         |
| De :  | FISIATRIA                     | Para :      | CONSULTA VASCULAR PERIFERICO  |        |         |
| PARTE. Impresión diagnóstica E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica  |                               |             |                               |        |         |
| MOTIVO: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL<br>CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL, REFIERE DOLOR EN RODILLA BILATERAL<br>DE PREDOMINIO IZQUIERDO, DOLOR EMPEORA CON LA MARCHA PROLONGADA, BIPEDESTACION PORLONGADA, NIEGA EDEMA<br>REFIERE QUE HA REALIZADO 49 SESIONES CON MEJORIA PARCIAL DE LA SINTOMATOLOGIA. ACTUALMENTE CON HALLAZGOS AL EXAMEN<br>OSTEOMUSCULAR DE SD PATELOFEMORAL BILATERAL CON TENDINITIS DE LA PATA DE GANSO EN CONTEXTO DE PACIENTE CON<br>GRADO II Y LINFEDEMA EN MIEMBRO INFERIORES POR HC, CON GENU VALGO, DOLOR MECANICO DE INTENSIDAD MODERADA SE<br>SE BENEFICIARIA DE DISMINUCION DE PESO COMO MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR, SE ENVIA A NUTRICION Y SE INICIA CICLO DE<br>REHABILITACION HIDROTERAPIA 15 SESIONES PARA CONTROL DOLOR. SE CONSIDERA NO CANDIDATA A MANEJO INTERVENCIONISTA NI A<br>RETIRO DE MATERIAL DE OTS. ACTUALMENTE CON OBESIDAD GRADO II, CON AUMENTO DE PESO DURANTE EL PROCESO, EN QUEJAS E<br>CONSIDERA POR HALLAZGOS SE BENEFICIARIA DE VALORACION POR ENDOCRINOLOGIA PARA INICIO DE PROTOCOLO OBESIDA Y<br>ADICIONALMENTE POR LINFEDEMA VALORACION POR CIRUGIA VASCULAR PARA CONSIDERAR TERAPIA DE DRENAJE LINFATICO, SE<br>RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA REGULAR, SE CONSIDERA PACIENTE CON MAXIMO POTENCIAL TERAPEUTICO ALCANZADO A LA ESPERA<br>CONTROL POR ORTOPEDIA PARA DAR CONCEPTO DE REHABILITACION. |                               |             |                               |        |         |
| Profesional   | VICTOR ANDRES MARTINEZ CORTES |             |                               |        |         |
| C 94543468  | Registro : 76-0404/15         |             |                               |        |         |
| Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos<br>los resultados de las ayudas diagnosticas.  |                               |             |                               |        |         |
| Impresión :   | VICTMACO                      | Fecha :     | 2021/05/31                    |        |         |
| PS : CLINICA CASTELLANA S.A.S.  |                               |             |                               |        |         |



140773468F210531I3148945

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions and activities. It emphasizes that proper record-keeping is essential for transparency and accountability, particularly in financial matters. The text outlines various methods for organizing and storing data, including digital databases and physical filing systems. It also mentions the need for regular audits and reviews to ensure the integrity of the information.

2. The second part of the document focuses on the role of communication in achieving organizational goals. It highlights the importance of clear and concise communication, both internally and externally. The text provides examples of effective communication strategies, such as regular team meetings, open-door policies, and the use of various communication channels. It also discusses the challenges of communication and offers suggestions for overcoming them, such as active listening and feedback loops.

3. The third part of the document addresses the issue of resource management. It discusses the importance of identifying and allocating resources effectively to support the organization's mission. The text provides a framework for assessing resource needs and developing a resource management plan. It also mentions the importance of monitoring and evaluating resource usage to ensure that resources are being used efficiently and effectively.

4. The fourth part of the document discusses the importance of innovation and creativity in driving organizational success. It encourages a culture of innovation and provides strategies for fostering creativity, such as encouraging employee input, providing training and development opportunities, and creating a supportive environment for experimentation. The text also mentions the importance of protecting intellectual property and managing risk in the context of innovation.

5. The fifth part of the document discusses the importance of ethical considerations in organizational decision-making. It provides a framework for identifying and addressing ethical issues, such as conflicts of interest, data privacy, and environmental impact. The text emphasizes the importance of transparency and accountability in ethical decision-making and provides examples of ethical dilemmas and how to resolve them.

6. The sixth part of the document discusses the importance of stakeholder engagement and relationship management. It provides strategies for identifying and engaging with stakeholders, such as conducting stakeholder analysis, developing communication plans, and building trust. The text also mentions the importance of monitoring and evaluating stakeholder relationships to ensure that they are meeting the organization's needs.

7. The seventh part of the document discusses the importance of continuous improvement and learning. It provides a framework for identifying areas for improvement and implementing change, such as conducting regular reviews, seeking feedback, and encouraging a culture of learning. The text also mentions the importance of documenting and sharing best practices to ensure that the organization is continuously improving.

8. The eighth part of the document discusses the importance of financial management and budgeting. It provides a framework for developing and managing the organization's budget, such as identifying revenue sources, estimating expenses, and monitoring financial performance. The text also mentions the importance of maintaining accurate financial records and reporting to stakeholders.

9. The ninth part of the document discusses the importance of legal and regulatory compliance. It provides a framework for identifying and addressing legal and regulatory requirements, such as conducting regular audits, seeking legal advice, and maintaining up-to-date records. The text also mentions the importance of staying informed about changes in the legal and regulatory environment.

10. The tenth part of the document discusses the importance of risk management and crisis preparedness. It provides a framework for identifying and assessing risks, such as conducting risk assessments, developing risk management plans, and implementing crisis response procedures. The text also mentions the importance of testing and evaluating risk management plans to ensure their effectiveness.

Identificación CC 31484077  
Tipo Atención EG  
De : FISIATRIA

Nombre : PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
IPS Atiende CLINICA CASTELLANA S.A.S.

Edad : 40 Años

Para : CONTROL ENDOCRINOLOGO (A)

PARTE. Impresión diagnóstica E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica

MOTIVO: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL  
CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL, REFIERE DOLOR EN RODILLA BILATERAL  
DE PREDOMINIO IZQUIERDO, DOLOR EMPEORA CON LA MARCHA PROLONGADA, BIPEDESTACION PORLONGADA, NIEGA EDEMA  
REFIERE QUE HA REALIZADO 49 SESIONES CON MEJORIA PARCIAL DE LA SINTOMATOLOGIA. ACTUALMENTE CON HALAZGOS AL EXAMEN  
OSTEOMUSCULAR DE SD PATELOFEMORAL BILATERAL CON TENDINITIS DE LA PATA DE GANSO EN CONTEXTO DE PACIENTE CON  
GRADO II Y LINFEDEMA EN MIEMBRO INFERIORES POR HC, CON GENU VALGO, DOLOR MECANICO DE INTENSIDAD MODERADA SE  
SE BENEFICIARIA DE DISMINUCION DE PESO COMO MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR, SE ENVIA A NUTRICION Y SE INICIA CICLO DE  
REHABILITACION HIDROTERAPIA 15 SESIONES PARA CONTROL DOLOR. SE CONSIDERA NO CANDIDATA A MANEJO INTERVENCIONISTA NI A  
RETIRO DE MATERIAL DE OTS. ACTUALMENTE CON OBESIDAD GRADO II, CON AUMENTO DE PESO DURANTE EL PROCESO, EN QUEJAS E  
CONSIDERA POR HALAZGOS SE BENEFICIARIA DE VALORACION POR ENDOCRINOLOGIA PARA INICIO DE PROTOCOLO OBESIDA Y  
ADICIONALMENTE POR LINFEDEMA VALORACION POR CIRUGIA VASCULAR PARA CONSIDERAR TERAPIA DE DRENAJE LINFATICO, SE  
RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA REGULAR, SE CONSIDERA PACIENTE CON MAXIMO POTENCIAL TERAPEUTICO ALCANZADO A LA ESPERA  
CONTROL POR ORTOPEDIA PARA DAR CONCEPTO DE REHABILITACION.

Profesional VICTOR ANDRES MARTINEZ CORTES

C 94543468

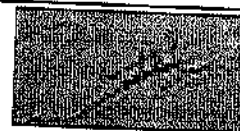
Registro : 76-0404/15

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos  
los resultados de las ayudas diagnósticas.

Impime : VICTMACO

Fecha : 2021/05/31

S : CLINICA CASTELLANA S.A.S.



140773468F21053113148945



Identificación CC 31484077

Tipo Atención EG

De : FISIATRIA

Nombre : PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

IPS Atiende CLINICA CASTELLANA S.A.S.

Edad : 40 Años

Para : CONTROL ENDOCRINOLOGO (A)

MC: CLINICA DE DOLOR CONTROL PROCEDENTE: VIV EN CALI OCUPACIÓN: TRABAJA EN DROGUERIA DESDE JULIO 2020 LATERALIDAD: DIESTRA CONVIVE: ESPOSO E HIJA MOTIVO DE CONSULTA: VENGO POR EL ACCIDENTE REMITE: ORTOPEDIA ULTIMA CITA DE CONTROL: 6 ENERO 2021 EA: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL LILI CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL, REFIERE DOLOR EN RODILLA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO, DOLOR EMPEORA CON LA MARCHA PROLONGADA, BIPEDESTACION PORLONGADA, EDEMA ARTICULAR, REFIERE QUE HA REAZLIADO 49 SESIONES CON MEJORIA PARCIAL DE LA SINTOMATOLOGIA. ACTUALMENTE CON HALALZGOS AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR DE SD PATELOFEMORAL BILATERAL CON TEDNINITIS DE LA PATA DE GANSO EN CONTEXTO D APCIENTE CON OBESIDAD GRADO II Y LINFEDEMA EN MIMEMBRO INFERIORES POR HC, CON GENU VALGO, DOLOR MECANICO DE MODERADA SE CONSIDERA SE BENEIFCIARIA DE DISMINUCION DE PESO COMO MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR, SE ENVIA A NUTRICION Y INICIA CICLO DE REHABILITACION HIDROTERAPIA 15 SESONES ACTUALMENTE PESO OBJETIVO 80 KG. SE CONSIDERA NO CADIDATA A MANEJO INTERVENCIONISTA NI A RETIRO DE MATERIAL DE OTS.

SIGNOS VITALES: DESCRIPCION: BUENAS CONDICIONES GENERALES. PESO: 86.9Kgs TALLA: 155.0 cms

DIAGNOSTICO PROVISIONAL: R521 DOLOR CRÓNICO INTRATABLE. Impresión diagnóstica I890 LINFEDEMA, NO CLASIFICADO EN OTRA

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000



|   |             |             |                               |        |         |
|---|-------------|-------------|-------------------------------|--------|---------|
| Identificación  | CC 31484077 | Nombre :    | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ | Edad : | 40 Años |
| Tipo Atención   | EG          | IPS Atiende | CLINICA CASTELLANA S.A.S.     |        |         |
| De :  | FISIATRIA   | Para :      | CONSULTA VASCULAR PERIFERICO  |        |         |
| MC: CLINICA DE DOLOR CONTROL PROCEDENTE: VIV EN CALI OCUPACIÓN: TRABAJA EN DROGUERIA DESDE JULIO 2020 LATERALIDAD: DIESTRA CONVIVE: ESPOSO E HIJA MOTIVO DE CONSULTA: VENGO POR EL ACCIDENTE REMITE: ORTOPEDIA ULTIMA CITA DE CONTROL: 6 ENERO 2021 EA: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL LILI CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL, REFIERE DOLOR EN RODILLA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO, DOLOR EMPEORA CON LA MARCHA PROLONGADA, BIPEDESTACION PORLONGADA, EDEMA ARTICULAR, REFIERE QUE HA REAZLIADO 49 SESIONES CON MEJORIA PARCIAL DE LA SINTOMATOLOGIA. ACTUALMENTE CON HALALZGOS AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR DE SD PATELOFEMORAL BILATERAL CON TEDNINITIS DE LA PATA DE GANSO EN CONTEXTO D APCIENTE CON OBESIDAD GRADO II Y LINFEDEMA EN MIMEMBRO INFERIORES POR HC, CON GENU VALGO, DOLOR MECANICO DE MODERADA SE CONSIDERA SE BENEIFCIARIA DE DISMINUCION DE PESO COMO MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR, SE ENVIA A NUTRICION Y INICIA CICLO DE REHABILITACION HIDROTERAPIA 15 SESONES ACTUALMENTE PESO OBJETIVO 80 KG. SE CONSIDERA NO CADIDATA A MANEJO INTERVENCIONISTA NI A RETIRO DE MATERIAL DE OTS. |             |             |                               |        |         |
| SIGNOS VITALES: DESCRIPCION: BUENAS CONDICIONES GENERALES. PESO: 86.9Kgs TALLA: 155.0 cms   |             |             |                               |        |         |
| DIAGNOSTICO PROVISIONAL: R521 DOLOR CRÓNICO INTRATABLE. Impresión diagnóstica I890 LINFEDEMA, NO CLASIFICADO EN OTRA  |             |             |                               |        |         |



THE  
OFFICE OF THE  
ATTORNEY GENERAL  
STATE OF NEW YORK

IN SENATE  
January 10, 1912.

REPORT  
OF THE  
COMMISSIONER OF THE LAND OFFICE  
IN RESPONSE TO A RESOLUTION  
PASSED BY THE SENATE  
JANUARY 10, 1911.

ALBANY:  
J.B. LIPPINCOTT & CO. PRINTERS.  
1912.

IPS Genera: (131972) CLINICA CASTELLANA S.A.S. - CALI  
Fecha de Expedición: 2021/05/31 Hora: 07:44:42  
Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Orden No: 131972-90117400  
Tipo de Plan: POS

**INFORMACIÓN DEL AFILIADO**

CC 31484077  
Semanas Cotizadas: 262

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

(890308493) FUNDACIÓN IDEAL PARA LA

**INFORMACIÓN DEL COBRO**

Tipo de **EXENTO**

Cobrado en: (131972) CLINICA CASTELLANA S.A.S. - CALI

**PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS**

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados                     | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|--|--------------|----------|
| 933300   | 933300        | TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD | R521         | 10       |
|          |               |  |              |          |
|          |               |  |              |          |
|          |               |  |              |          |
|          |               |  |              |          |
|          |               |  |              |          |

Valor: 0

Pagó:

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O

Observaciones: Médico Fliar: KATERINE ANDREA OSPINA SIERRA/ Odontólogo Fliar: / ; 933300: Lateralidad: Bilateral, Enfoque en: Pierna, HIDROTERAPIA 10  
SESIONES TERAPIA SEDATIVA PLAN CASERO MANEJO DOLOR.

Este documento es válido hasta:

27/11/2021

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

VICTOR ANDRES MARTINEZ CORTES

CC 94543468 Registro: 76-0404/15

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello  
VICTMACO

[illegible]

| Trial | Control | MCI | AD |
|-------|---------|-----|----|
| 1     | 85      | 75  | 65 |
| 2     | 88      | 78  | 68 |
| 3     | 90      | 80  | 70 |
| 4     | 92      | 82  | 72 |
| 5     | 95      | 85  | 75 |

*Journal of Management Education* 36(8) 907-924  
© The Author(s) 2012  
Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

*Journal of Management Education* 30(6)p. 789-804  
© The Author(s) 2006. Reprints and permissions:  
<http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 1.9 billion by the year 2020. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.1 billion by the year 2025. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.3 billion by the year 2030. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.5 billion by the year 2035. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.7 billion by the year 2040. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 2.9 billion by the year 2045. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 3.1 billion by the year 2050. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 3.3 billion by the year 2055. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 3.5 billion by the year 2060. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 3.7 billion by the year 2065. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 3.9 billion by the year 2070. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 4.1 billion by the year 2075. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 4.3 billion by the year 2080. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 4.5 billion by the year 2085. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 4.7 billion by the year 2090. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 4.9 billion by the year 2095. The number of illiterate people in the world is expected to increase to 5.1 billion by the year 2100.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1036.

| Age Group | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------|------|------|------|
| 18-29     | ~85  | ~85  | ~85  |
| 30-49     | ~75  | ~75  | ~75  |
| 50-69     | ~65  | ~65  | ~65  |
| 70+       | ~55  | ~55  | ~55  |

Información básica del paciente y la atención

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Plan: POS

Tipo de afiliación: POS  
Teléfono fijo: 3206799  
Estado civil: Casado  
Departamento: VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo: 3206799314  
Ocupación: Independiente  
Municipio: CALI  
Identificación: CC 31484077  
Fecha de nacimiento: 17-09-1980  
Edad: 40 años (Adultez)  
Sexo: Femenino  
Dirección: CR 11 F 38-85  
Correo electrónico: pafelo80@hotmail.com

Motivo de Consulta

CONTROL DE DOLOR

ANTECEDENTE: VIV EN CALI OCUPACIÓN: TRABAJA EN DROGUERIA DESDE JULIO 2020 LATERALIDAD: DIENTRA CONVIVE: ESPOSO E HIJA MOTIVO DE CONSULTA: VENGO POR EL ACCIDENTE REMITE: ORTOPEDIA  
FECHA DE CONTROL: 6 ENERO 2021

Enfermedad actual

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL LILI CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL, PRESENTE DOLOR EN RODILLA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO, DOLOR EMPEORA CON LA MARCHA PROLONGADA, BIPEDESTACION PROLONGADA, NIEGA EDEMA ARTICULAR, REFIERE QUE HA REALIZADO 49 SESIONES DE FISIOTERAPIA PARCIAL DE LA SINTOMATOLOGIA. ACTUALMENTE CON HALAZGOS AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR DE SD PATELOFEMORAL BILATERAL CON TENDINITIS DE LA PATA DE GANSO EN CONTEXTO DE PACIENTE CON DISCAPACIDAD GRADO II Y LINFEDEMA EN MIEMBRO INFERIORES POR HC, CON GENU VALGO, DOLOR MECANICO DE INTENSIDAD MODERADA SE CONSIDERA SE BENEFICIARIA DE DISMINUCION DE PESO COMO MANEJO GLOBAL DEL DOLOR, SE ENVIA A NUTRICION Y SE INICIA CICLO DE REHABILITACION HIDROTERAPIA 15 SESIONES ACTUALMENTE CON OBJETIVO 80 KG. SE CONSIDERA NO CANDIDATO A MANEJO INTERVENCIONISTA NI A RETIRO DE MATERIAL DE OTS.

Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presente | Patología                      | Presente |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Hipertensión arterial            | No       | EPOC                           | No       |
| Diabetes mellitus                | No       | Enfermedad tiroidea            | No       |
| Enfermedad isquémica del corazón | No       | Trastorno del tracto digestivo | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       | Epilepsia                      | No       |
| Insuficiencia renal crónica      | No       | Trastorno psiquiátrico         | No       |
| Alcoholismo                      | No       | VIH                            | No       |

Antecedentes Alérgicos

Sin alergias

Antecedentes Quirúrgicos

Sin procedimientos

Antecedentes ginecobstétricos

Edad: 11 año(s)  
FUM (Fecha de última menstruación): 03-09-2019  
Número de embarazos previos: 0  
Descripción del embarazo actual: No embarazada  
Antecedentes ginecobstétricos: FUR: "HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"  
ID Historia: 59864152

## Antecedentes Familiares

No relata antecedentes

## Examen físico

**Medidas Antropométricas** Peso: 86.9 kg, Talla: 155 cm, IMC: 36.17, Clasificación según IMC: Obesidad tipo II

**Otros signos vitales** Sitio de toma de temperatura: Axilar

**Estado general del paciente** BUENAS CONDICIONES GENERALES.

**Osteomuscular** COLUMNA: COLUMNA SIMETRICA, AMAS CONSERVADOS, FLEXION GRADO III, MARCHA ANORMAL CON COJERA DURANTE EL APOYO EN MIMEMBRO INFERIO DERECHO, DOLOR A LA PALAPCION D E MASAS MUSCULARES, DOLRO A LA PALAPCION DE INSERCIION DE PATA DE GANSO BILATERAL DOLOR A AL PALAPCION D E INTERLINES MEDIA Y LATERAL, NO IENSTABILIDAD ARTICULAR, AMAS DE RODILLA BILAETRAL CONSERVADOS

**Neurológicos** FUERZA MUSCULAR: 5/5 PROXIMAL Y DISTAL EN 4 EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD CONSERVADA, NO ALTERACIONES EN SENSIBILIDAD PROFUNDA O SUPERFICIAL, ROT: ++ SIMETRICO EN 4 EXTREMIDADES, TONO CONSERVADO.

## Análisis y plan

### Información gestión covid

|                            |            |                                  |            |
|----------------------------|------------|----------------------------------|------------|
| Fecha de inicio de gestión | 26-08-2020 | Fecha de finalización de gestión | 12-04-2021 |
| Estado                     | Finalizado | Número de días                   | 229        |

### Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

**Notas de análisis y plan:** PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL LILI CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES BILATERAL, REFIERE DOLRO EN RODILLA BILATERAL DE PREDOMINIO IZQUIERDO, DOLOR EMPEORA CON LA MARCHA PROLONGADA, BIPEDESTACION PORLONGADA, NIEGA EDEMA ARTICULAR, REFIERE QUE HA REAZLIADO 49 SESIONES CON MEJORIA PARCIAL DE LA SINTOMATOLOGIA. ACTUALMENTE CON HALAZGOS AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR DE SD PATELOFEMORAL BILATERAL CON TEDNINITIS DE LA PATA DE GANS EN CONTEXTO D E APICIENTE CON OBESIDAD GRADO II Y LINFEDEMA EN MIMEMBRO INFERIORES POR HC, CON GENU VALGO, DOLOR MECANICO DE INTENSIDAD MODERADA SE CONSIDERA SE BENEFICIARIA DE DISMINUC DE PESO COMO MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR, SE ENVIA A NUTRICION Y SE INICIA CICLO DE REHABILITACION HIDROTERAPIA 15 SESONES PARA COTNROL DOLOR. SE CONSIDERA NO CADIDATA A MANEJO INTERVENCIONISTA NI A RETIRO DE MATERIAL DE OTS. ACTUALMENTE CON OBESIDAD GRADO II, CON AUMENTO DE PESO DURANTE EL PROCESO, EN QUEJINS E CONSIDERA POR HALLAZGOS SE BENEFICIARIA DE VALORACI POR ENDOCRINOLOGIA PARA INICIO DE PROTOCOLO OBESIDA Y ADICIONALMENTE POR LINFEDEMA VALORACION POR CIRUGIA VASCULAR PARA CONSIDERAR TERAPIA DE DRENAJE LINFATICO, SE RECOMIENDA ACTIVDIA FISICA REGULAR, SE CONSIDERA PACIENTE CON MAXIMO POTENCIAL TERAPEUTICO ALCANZADO A LA ESPERA DE COTNROL POR ORTOPEDIA PARA DAR CONCEPTO DE REHABILITACION. SE ENVIA NUEVO CLINO DE REHABILITACION FAVORABLE.

|  |                     |
|--|---------------------|
| Diagnóstico principal                        | Tipo de diagnóstico |
| R521-DOLOR CRÓNICO INTRATABLE                | Confirmado nuevo    |
| Otros diagnósticos                           | Tipo de diagnóstico |
| I890-LINFEDEMA, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE | Confirmado nuevo    |
| Otros diagnósticos                           | Tipo de diagnóstico |
| E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA               | Confirmado nuevo    |

### Causa externa y finalidad

|               |                    |                          |           |
|---------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| Causa externa | Enfermedad general | Finalidad de la consulta | No aplica |
|---------------|--------------------|--------------------------|-----------|

## Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas

| Código | Tipo | Nombre   | Cantidad |
|--------|------|--|----------|
| 933300 | pos  | TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD | 10       |

misión

| Tipo | Nombre |                                      | Cantidad |
|------|--------|--------------------------------------|----------|
| 60   | pos    | CONSULTA CIRUGIA VASCULAR PERIFERICO |          |
| 52   | pos    | CONTROL ENDOCRINOLOGO (A)            | 1        |

### Información del profesional

CTOR ANDRES MARTINEZ CORTES

C 94543468

FISIATRIA

Registro 76-0404/15





Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Identificación  
CC 31484077

Fecha de nacimiento  
17-09-1980

Edad  
40 años (Adultez)

Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
3206799  
Estado civil  
Casado

Departamento  
VALLE DEL CAUCA  
Otro teléfono fijo  
3206799314  
Ocupación  
Independiente

Municipio  
CALI

Dirección  
CR 11 F 38-86  
Correo electrónico  
pafelo80@hotmail.com

Motivo de Consulta

Control.

Enfermedad actual

Paciente con antecedente de fractura de platillos tibiales bilaterales en octubre de 2019 manejada en fundación valle del lili.  
Paciente que ha estado con dolor sobre todo en la rodilla izquierda, se siente limitada para actividades como correr, agacharse, molesta cuando esta mucho tiempo de pie.  
Desde que la operaron refiere que siente como si el 2 dedo del pie derecho se estuviera torciendo y le duele.  
Valoró fisioterapia en mayo 2021 que reporta linfedema, dolor mecánico.  
Última rx 09/2020.  
Pendiente reiniciar hidroterapia (ya tiene la orden), también tiene pendiente cita con vascular para manejo del linfedema.

Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presente | Patología                      | Presente |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Hipertensión arterial            | No       | EPOC                           | No       |
| Diabetes mellitus                | No       | Enfermedad tiroidea            | No       |
| Enfermedad isquémica del corazón | No       | Trastorno del tracto digestivo | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       | Epilepsia                      | No       |
| Cáncer                           | No       | Trastorno psiquiátrico         | No       |
| Insuficiencia renal crónica      | No       | VIH                            | No       |
| Asma                             | No       |                                |          |

Antecedentes Alérgicos

Relata alergias

Antecedentes Quirúrgicos

Relata procedimientos

Antecedentes ginecobstétricos

Paros años 11 año(s) FUM (Fecha de última menstruación) 03-09-2019

Formación de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

Formación del embarazo actual

Embarazada No

Envases ginecobstétricos FUR "HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

Antecedentes Familiares

Relata antecedentes

ID Historia 61648332

Centro De Especialistas (99998)

Consulta Ortopedia

Fecha de la atención 16/06/2021 16:54



## Examen físico

**Medidas Antropométricas** Peso: 86.5 kg, Talla: 154 cm, IMC: 36.47, Clasificación según IMC: Obesidad tipo II

**Otros signos vitales** Sitio de toma de temperatura: Axilar

**Estado general del paciente** ambulatoria, patron de marcha normal, ingresa al consultorio sin ayuda de ortesis.

**Osteomuscular** con medias de compresion.

miembros inferiores alineados.

dicatrices en buen estado sin retracciones ni adherencias.

rodillas sin signos de derrame, sin eritema, sin cambios inflamatorios.

los arcos de movilidad en las 2 rodillas son simetricos 0-130 grados sin crujiido.

las pruebas de cajon anterior y posterior son negativas, bostezo lateral y medial negativos (en ambas rodillas).

dolor al palpar las piernas y refiere hipoestesia en ambas piernas.

ademas refiere dolor en el antepie derecho, clinicamente hay buen alineamiento del antepie.

## Análisis y plan

### Información gestión covid

|                            |            |                                  |            |
|----------------------------|------------|----------------------------------|------------|
| Fecha de inicio de gestión | 26-08-2020 | Fecha de finalización de gestión | 12-04-2021 |
| Estado                     | Finalizado | Número de días                   | 229        |

### Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

**Notas de análisis y plan:** por ortopedia la evolucion es satisfactoria, logra caminar sin ayudas externas, los arcos de movilidad son funcionales.

si presenta secuelas como el linfedema y el dolor, pendiente concepto de vascular, ver posibilidad de drenaje linfatico. Es importante el bajar de peso para manejo integral ya que esta en un rango de obesidad, tiene pendiente cita con endocrinologia.

actualizo rx de rodillas y solicito rx de pie der.

## Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral: Está laborando

| Diagnóstico principal                                | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico |
|--|---------------------|------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA    | Confirmado repetido | bilateral        |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA                       | Confirmado repetido |                  |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| T932-SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR | Confirmado repetido |                  |

## Causa externa y finalidad

### Causa externa y finalidad

|               |                    |                          |           |
|---------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| Causa externa | Enfermedad general | Finalidad de la consulta | No aplica |
|---------------|--------------------|--------------------------|-----------|

## Conducta final

## Prescripción de medicamentos

## Ayudas diagnósticas

| Código | Tipo | Nombre  | Cantidad |
|--------|------|---|----------|
| 873422 | pos  | RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR) | 1        |

Centro De Especialistas (99998)  
Consulta Ortopedia  
Fecha de la atención 16/06/2021 16:54



733330 pos RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL SIN APOYO (UNILATERAL)

| Código | Tipo | Nombre            | Cantidad |
|--------|------|-------------------|----------|
| 172    | pos  | CONTROL ORTOPEDIA | 1        |

Información del profesional

MAURICIO CAYON ZULUAGA

CC 79451262

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro 964393

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions and activities. It emphasizes that this is crucial for ensuring transparency and accountability in the organization's operations.

2. The second part outlines the specific procedures for recording transactions, including the use of standardized forms and the requirement for all entries to be supported by appropriate documentation.

3. The third part addresses the role of the accounting department in monitoring and reconciling the records, ensuring that they are up-to-date and accurate at all times.

4. The fourth part discusses the importance of regular audits and reviews to identify any discrepancies or areas for improvement in the record-keeping process.

5. The fifth part concludes by reiterating the commitment to maintaining high standards of record-keeping and the importance of ongoing training and education for all staff involved in the process.

# CITAS ASIGNADAS

Fecha impresion: 2021/08/02

Documento: CC 31484077

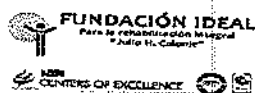
Nombres: PAOLA FERNANDA Apellidos: LOZANO RAMIREZ

| Fecha<br>(día - mes - año) | Hora<br>(hh:mm) | Lugar de Atención         | Servicio   | Profesional                   |
|----------------------------|-----------------|---------------------------|--|-------------------------------|
| 01 - septiembre - 2021     | 09:40 AM        | CLINICA CASTELLANA S.A.S. | CONSULTA ESPECIALISTA EN DOLOR O<br>ALGESIOLOGÍA | MARTINEZ CORTES VICTOR ANDRES |
|                            |                 |                           |  |                               |
|                            |                 |                           |  |                               |
|                            |                 |                           |  |                               |
|                            |                 |                           |  |                               |
|                            |                 |                           |  |                               |
|                            |                 |                           |  |                               |
|                            |                 |                           |  |                               |

## Recomendaciones

1. Llegar 20 minutos antes de la hora en la que le fue asignada la cita.
2. Realizate las ayudas diagnosticas necesarias para la atención de tu cita.
3. Si no puede asistir, recuerda modificar o cancelar la cita mínimo con 2 horas de anticipación usando nuestros canales (APP, Internet, líneas de atención).

Handwritten notes in a column on the right side of the page, possibly bleed-through from the reverse side. The text is illegible due to extreme fading and poor scan quality.



FUNDACION IDEAL

890308493

CALLE 50 No 10A-08 VILLA COLOMBIA

4863732 - 3164825623

FORMATO DE EPICRISIS

Sede: VILLA COLOMBIA

Punto Atención: CONSULTA EXTERNA TERAPIAS

Fecha Impresión: 30/07/2021 16:27:50

## I. Información del Paciente:

|                        |                               |           |                               |
|------------------------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|
| Paciente:              | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ | Entidad:  | EPS SURA                      |
| Número Identificación: | CC -31484077                  | Sexo:     | FEMENINO                      |
| Fecha Nacimiento:      | 09/16/1980                    | Afiliado: | PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ |
| Edad:                  | 40 años                       | Estrato:  | R1                            |
| Dirección:             | CR 13 # 44 03 CHAPINERO       | Teléfono: | 3206799314-3226075912         |
| Usuario:               | LFGL                          |           |                               |

Nro Documento: BC-103415

Codigo Prestador: 760010091501

Fecha Ingreso: 27/07/2021 9:17:55

Fecha Egreso: 27/07/2021 9:17:55

Punto Entrada: CONSULTA EXTERNA TERAPIAS

Punto Salida: CONSULTA EXTERNA TERAPIAS

Causa Salida: VACIO

## Observaciones

Causa de Consulta: BC - 103415

El día de hoy de presenta a consulta inicial, refiere: "yo tuve un accidente hace 2 años y eso me cambió la vida...me duele... eso me tiene triste, de tanto hacia acá emocionalmente me pesan muchas cosas"

Nota: Durante la pandemia COVID-19: para la atención de paciente se han seguido los protocolos establecidos en la Fundación IDEAL y se han utilizado los elementos de protección personal.

Enfermedad Actual: La usuaria refiere dificultad en el manejo de sus emociones, lo cual ha incidido en su dinámica familiar. A nivel emocional se evidencia un estado de ánimo triste, comenta que para ella no ha sido fácil manejar la situación, refiere que su proceso de recuperación ha sido una incógnita para ella, Durante la sesión no se observa alteración en los procesos de sensoropercepción, posee un pensamiento lógico, no se evidencia la presencia de algún trastorno y presenta un nivel apropiado respecto al lenguaje. En cuanto a la atención y memoria hay un buen desempeño en las actividades que demandan concentración, los cuales son funcionales, Refiere que ha presentado alteraciones en su estado de ánimo, ciclo del sueño y alimentación. En el momento no se identifican pensamientos irracionales. No reporta antecedentes de enfermedad física ni mental.

Diagnóstico Principal de Ingreso:

(R458) OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL ESTADO EMOCIONAL

Diagnóstico Funcional: (R458) OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL ESTADO EMOCIONAL

Resumen y Tratamiento Médico: Se da cierre a la sesión individual a las 9:50 am, Manifiesta la necesidad de aprender a canalizar sus vivencias, las cuales se han reflejado a nivel físico, se solicitan 4 sesiones con el objetivo para brindar herramientas que le permitan aprender a canalizar sus emociones.

Nota: Se brinda información acerca del consentimiento y la confidencialidad en la atención dentro de la fundación IDEAL.

CRISTINA CAICEDO M.  
PSICÓLOGA  
REG. 700322 U. JUVERIANA

Dr(a): CAICEDO MAFLA CRISTINA

Registro Médico: 1234

Especialidad: PSICOLOGIA

Se firma Electronicamente.

• 2009年 12月 27日 星期日

<sup>a</sup>  $\chi^2 = 1.0$ ,  $df = 1$ ,  $p = .32$ .  
<sup>b</sup>  $\chi^2 = 1.0$ ,  $df = 1$ ,  $p = .32$ .  
<sup>c</sup>  $\chi^2 = 1.0$ ,  $df = 1$ ,  $p = .32$ .

1. 在“数据”菜单下，单击“数据有效性”命令，打开“数据有效性”对话框，如图 10-1-10 所示。

[illegible]

1. *What is the purpose of this study?*

1994年10月10日 星期一 晴

*Journal of Management Education* 36(7)p.809-824

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015.

THESE RESEARCHES ARE THE PROPERTY OF THE  
 INSTITUTION AND ARE NOT TO BE REPRODUCED  
 WITHOUT THE WRITTEN PERMISSION OF THE  
 INSTITUTION

[illegible][illegible]

4-2274; 7/27/12 RELEASE UNDER E.O. 14176

1. The first step in the process is to identify the problem. This involves gathering information about the situation and the people involved.

10. The following information is taken from the records of the Department of the Interior, Bureau of Land Management, and the Bureau of Reclamation, and is hereby published for the information of the public:

It is important to note that the above results are based on the assumption that the data are stationary. If the data are non-stationary, the results may be biased. Therefore, it is important to test for stationarity before conducting the analysis.

[illegible]

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

• *Staphylococcus aureus*      • *Staphylococcus epidermidis*

$$= \frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} e^{-t^2} dt = \frac{1}{\sqrt{\pi}} \cdot \sqrt{\pi} = 1$$

655



PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

F.Nacimiento : 1980-09-16

CC-31484077

Dirección : CR 13 # 44 03 CHAPINERO

Móvil : 3206799314

E-mail : No Tiene

Fecha Evolución : 27-07-2021

09:00:00

Edad : 40 Año(s) - 10 Mes(es)

Género : femenino

Teléfono : 3206799314-  
3226075912

Entidad : EPS SURA

FUNDACIÓN IDEAL  
Para la rehabilitación integral  
"Julio N. Calanío"

CENTERS OF EXCELLENCE

FUNDACION IDEAL

890308493-0

CALLE 50 No 10A-08 VILLA COLOMBIA

4863732 - 3164825623

Fecha Impresión: 2021-07-30- 16:22:00 PM

Usuario: LFGIL

Evolucion Código: 6282339

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : CONSULTA EXTERNA TERAPIAS

Línea Producto : EV. CONSULTA PSICOLOGIA

Diagnostico CIE10

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-103415

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

|                  |   |                     |                       |
|------------------|---|---------------------|-----------------------|
| x Principal:     | (R458) OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL ESTADO EMOCIONAL | Tipo Diagnostico:   | Impresión Diagnostica |
| x Relacionado 1: | Sin seleccionar Diagnostico                                       | Finalidad Consulta: | No aplica             |
| x Relacionado 2: | Sin seleccionar Diagnostico                                       | Causa Consulta:     | Enfermedad general    |

Objetivo

C - 103415

El día de hoy de presenta a consulta inicial, refiere: "yo tuve un accidente hace 2 años y eso me cambió la vida...me duele... eso me pone triste, de 1 año hacia acá emocionalmente me pesan muchas cosas"

Nota: Durante la pandemia COVID-19: para la atención de paciente se han seguido los protocolos establecidos en la Fundación IDEAL se han utilizado los elementos de protección personal.

Objetivo

En el nivel emocional se evidencia un estado de animo triste, comenta que para ella no ha sido fácil manejar la situación, refiere que su proceso de recuperación ha sido una incógnita para ella, Durante la sesión no se observa alteración en los procesos de percepción, posee un pensamiento lógico, no se evidencia la presencia de algún trastorno y presenta un nivel apropiado respecto al lenguaje. En cuanto a la atención y memoria hay un buen desempeño en las actividades que demandan concentración, los cuales son funcionales, No reporta antecedentes de enfermedad física ni mental.

Analisis

La usuaria refiere dificultad en el manejo de sus emociones, lo cual ha incidido en su dinámica familiar. Actualmente vive con su esposo Juan Torres de 50 años ocupación farmaceuta hace 1 años , y con Victoria de 3 años , refiere una buena convivencia.

Plan

Se da cierre a la sesión individual a las 9:50 am, Manifiesta la necesidad de aprender a canalizar sus vivencias, las cuales se han reflejado a nivel físico, se solicitan 4 sesiones con el objetivo para brindar herramientas que le permitan aprender a canalizar sus emociones.

CRISTINA CAICEDO M.  
PSICOLOGA  
REG. 760389 U. JAVERIANA

CRISTINA CAICEDO MAFLA - 1234

PSICOLOGIA

Firma Electrónicamente



Información básica del paciente y la atención

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Identificación  
CC 31484677

Fecha de nacimiento  
17-09-1980

Edad  
40 años(Adultez)

Sexo  
Femenino

Tipo de afiliación

POS

Teléfono fijo

206799

Estado civil

Casado

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Otro teléfono fijo

3206799314

Ocupación

Independiente

Municipio

CALI

Dirección

CR 11 F 38-86

Correo electrónico

pafelo60@hotmail.com

Motivo de Consulta

Control,

Enfermedad actual

Desde dos años desde el accidente.

Requiere que necesite orden de medico laboral para calificación de la pd para un proceso de demanda.

Requiere que ha tenido algunos días mucho dolor en ambas piernas, pero mas marcado en el lado izquierdo. se asocia a

ma, siente que la pierna izquierda se le está torciendo. refiere que le esta ocasionando mucho problema para el trabajo. esta tomando tramadol con lo que el dolor mejora pero refiere que le produce taquicardia y

or frío".

cionalmente siente calambres.

Refiere fiebre.

En terapia acuática. refiere que esta muy deprimida, tiene pendiente cita con psicología.

Consulta anterior se solicitaron nuevas radiografías pero aun no se las ha tomado.

Precedentes Patológicos

| Patología                        | Presenta | Patología                      | Presenta |
|----------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Hipertensión arterial            | No       | EPOC                           | No       |
| Diabetes mellitus                | No       | Enfermedad tiroidea            | No       |
| Enfermedad isquémica del corazón | No       | Trastorno del tracto digestivo | No       |
| Trastorno de la Coagulación      | No       | Epilepsia                      | No       |
| Cer                              | No       | Trastorno psiquiátrico         | No       |
| Insuficiencia renal crónica      | No       | VH                             | No       |
| ma                               | No       |                                |          |

Precedentes Alérgicos

Alta alergias

Precedentes Quirúrgicos

Alta procedimientos

Precedentes ginecobstétricos

Edad

11 año(s)

FUM (Fecha de última menstruación)

03-09-2019

Información de embarazos previos

Número de embarazos previos

0

Información del embarazo actual

Embarazada

No

Pruebas ginecobstétricas

FUR "HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

ID Historia 67633042

Centro De Especialistas (99998)

Consulta Ortopedia

Fecha de la atención 12/08/2021 11:01



#### Antecedentes Familiares

No relata antecedentes

#### Examen físico

**Medidas Antropométricas** Peso: 87 kg, Talla: 154 cm, IMC: 36.68, Clasificación según IMC: Obesidad tipo II

**Otros signos vitales** Sitio de toma de temperatura: Axilar

**Estado general del paciente** deambula con un baston. luce deprimida. llora durante la consulta.

**Osteomuscular** genu valgo.

piernas con linfedema. cicatrices en buen estado sin adherencias.

arco de movilidad de las rodillas 0-130 grados no hay inestabilidad ligamentaria. no hay cambios inflamatorios.

pruebas meniscales negativas. dolor al palpar piernas sobretodo la izquierda. movilidad tibiotalar conservada. llenado capilar normal.

#### Análisis y plan

##### Información gestión covid

|                            |            |                                  |            |
|----------------------------|------------|----------------------------------|------------|
| Fecha de inicio de gestión | 26-08-2020 | Fecha de finalización de gestión | 12-04-2021 |
| Estado                     | Finalizado | Número de días                   | 229        |

##### Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

**Notas de análisis y plan:** pte con secuelas de fractura de platillos tibiales bilateral. desde el punto de vista ortopedico la reuccion es satisfactoria y los arcos de movilidad son funcionales. tiene secuelas de dolor y tiene obesidad que empeora el cuadro. ha perdido 2 citas con nutricionista porque dice que está uy desmotivada. actualmente luce deprimida por lo que se remite con psiquiatria. ademas envio a modulo de dolor ya que ref intolerancia al tramadol y el dolex forte no le quita el dolor.

por ortopedia no esta indicada incapacidad laboral.

se le explica que la valoracion de md laboral para calificacion de pci para su proceso de demanda que tiene, no es cubierta por el pos y se debe haer de forma particular. ademas solicito valoracion por salud ocupacion para recomendaciones funcionales en el sitio de trabajo. cita con ortopediacuando tenga las rx nuevas.

#### Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral: Está laborando

| Diagnóstico principal                                | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico |
|--|---------------------|------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA    | Confirmado repetido | bilateral        |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA                       | Confirmado repetido |                  |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| T932-SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR | Confirmado repetido |                  |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| F321-EPISODIO DEPRESIVO MODERADO                     | Confirmado nuevo    |                  |

#### Recomendaciones

Recomendaciones: valoracion por salud ocupacional de la empresa.

debe evitar actividades que impliquen desplazamiento de distancias largas. evitar permanecer de pie o períodos prolongados de tiempo. permitir alternancia en la posicion. evitar gradas. realizar pausas activas.

#### Causa externa y finalidad

##### Causa externa y finalidad

|               |                    |                          |           |
|---------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| Causa externa | Enfermedad general | Finalidad de la consulta | No aplica |
|---------------|--------------------|--------------------------|-----------|

Conducta final

ID Historia 67633042

Página 2 de 3



Descripción de medicamentos

Exámenes diagnósticos

Prescripción

| Uso | Dosis | Nombre            | Cantidad |
|-----|-------|-------------------|----------|
| 72  | pos   | CONTROL ORTOPEDIA | 1        |

Recomendaciones

valoración por salud ocupacional de la empresa.  
debe evitar actividades que impliquen desplazamiento de distancias largas, evitar permanecer de pie por periodos prolongados de tiempo, permitir alternancia en la posición, evitar gradas, realizar pausas activas.

Información del profesional

MAURICIO CAYON ZULUAGA

C 79451262

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro 964393

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the city of New York.

2. The second part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the city of New York.

3. The third part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the city of New York.

4. The fourth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the city of New York.

5. The fifth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the city of New York.

6. The sixth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the city of New York.

7. The seventh part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the city of New York.

Información básica del paciente y la atención

Paola Fernanda Lozano Ramirez

Plan: POS  
Identificación: CC 31484077  
Fecha de nacimiento: 17-09-1980  
Edad: 40 años (Adulter)  
Sexo: Femenino  
Tipo de afiliación: POS  
Teléfono fijo: 3206799  
Estado civil: Casado  
Departamento: VALLE DEL CAUCA  
Municipio: CALI  
Otro teléfono fijo: 3206799314  
Ocupación: independiente  
Dirección: CR 11 F 38-86  
Correo electrónico: pafelo80@hotmail.com

Motivo de Consulta

Control.

Enfermedad actual

Paciente asiste a control, refiere que siente que esta empeorando, le esta doliendo la rodilla derecha (que antes no le dolia), el dolor no es constante, el dolor se presenta de forma subita, no se relaciona con el apoyo, puede doler en reposo, si esta mucho tiempo quieta le cuesta retomar la marcha, se le hinchan las 2 piernas, sensación de adormecimiento en miembros inferiores, siente que los dedos del pie derecho se le estan hinchando, rx de control: Fracturas de ambas tibiae estan alineadas, se conserva espacio articular, no signos de aflojamiento del material, la rx del pie derecho es normal, no deformidades oseas, mas refiere que desde hace un año esta con dolor lumbar.

Antecedentes Patológicos

| Patología                        | Presencia | Patología                      | Presencia |
|----------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| Hipertensión arterial            | No        | EPOC                           | No        |
| Diabetes mellitus                | No        | Enfermedad tiroidea            | No        |
| Enfermedad isquémica del corazón | No        | Trastorno del tracto digestivo | No        |
| Trastorno de la Coagulación      | No        | Epilepsia                      | No        |
| Cáncer                           | No        | Trastorno psiquiátrico         | No        |
| Insuficiencia renal crónica      | No        | VIH                            | No        |
| Alzheimer                        | No        |                                |           |

Antecedentes Alérgicos

Alergia a

Antecedentes Quirúrgicos

Alta procedimientos

Antecedentes ginecobstétricos

Edad: 11 años(s)  
RUM (Fecha de última menstruación): 03-09-2019

Información de embarazos previos

Número de embarazos previos: 0

Información del embarazo actual

Embarazada: No

Exámenes ginecobstétricos: FUR "HACE UN MES NO INFORMA EL DIA"

Antecedentes Familiares

Alta antecedentes

Examen físico

ID Historia 69444206

Centro De Especialistas (99998)

Control Ortopedia

Fecha de la atención 03/09/2021 15:23



**Medidas Antropométricas** Peso: 87 kg, Talla: 154 cm, IMC: 36.68, Clasificación según IMC: Obesidad tipo II

**Otros signos vitales** Sitio de toma de temperatura: Axilar

**Estado general del paciente** ambulatoria, obesidad.

**Osteomuscular** miembros inferiores: no hay eritema ni aumento del calor local, la movilidad de caderas no es dolorosa, las rodillas tienen un excelente arco de movilidad (0-130 grados bilateral) sin crujió, no hay inestabilidad ligamentaria, las cicatrices estan en buen estado sin adherencias.

en los pies clinicamente hay muy leve desviación lateral de los dedos menores del pie derecho, no hay zonas de hiperpresion, tendencia a la flexion de la mf del 2 dedo sin traslaparse sobre el primero, dolor al palpar las cabezas de los metatarsianos.

## Análisis y plan

### Información gestión covid

|                            |            |                                  |            |
|----------------------------|------------|----------------------------------|------------|
| Fecha de inicio de gestión | 26-08-2020 | Fecha de finalización de gestión | 12-04-2021 |
| Estado                     | Finalizado | Número de días                   | 229        |

### Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

**Notas de análisis y plan:** las rx muestran buena reduccion y la movilidad es excelente. por ortopedia no esta indicado ninguna intervencion.

no considero indicado el retiro del material de osteosintesis.

ordeno terapia para metatarsalgia.

ordeno terapia para lumbago y formulo metocarbamol.

se explica la importancia de la disminucion de peso.

por ortopedia control en 6 meses

## Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral: Está laborando

| Diagnóstico principal                                | Tipo de diagnóstico | Nota diagnóstico |
|--|---------------------|------------------|
| S821-FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA    | Confirmado repetido | bilateral        |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| F321-EPISODIO DEPRESIVO MODERADO                     | Confirmado repetido |                  |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA                       | Confirmado repetido |                  |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| T932-SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR | Confirmado repetido |                  |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| M545-LUMBAGO NO ESPECIFICADO                         | Confirmado nuevo    |                  |
| Otros diagnósticos                                   | Tipo de diagnóstico |                  |
| M774-METATARSALGIA                                   | Confirmado nuevo    |                  |

## Causa externa y finalidad

### Causa externa y finalidad

|               |                    |                          |           |
|---------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| Causa externa | Enfermedad general | Finalidad de la consulta | No aplica |
|---------------|--------------------|--------------------------|-----------|

## Conducta final

## Prescripción de medicamentos

| Código | Tipo | Nombre | Posología | Cantidad |
|--------|------|--------|-----------|----------|
|--------|------|--------|-----------|----------|



Centro De Especialistas (99998)

Control Ortopedia

Fecha de la atención 03/09/2021 15:23



|                       |     |                                    |                                     |
|-----------------------|-----|------------------------------------|-------------------------------------|
| 002                   | pos | METOCARBAMOL 750 MG TABLETA        | 1 TABLETAS cada 12 Horas durante 20 |
| 010                   | pos | TIAMINA MONONITRATO 300 MG TABLETA | 10 Dias                             |
| Exámenes diagnósticos |     |                                    | 1 TABLETAS cada 12 Horas durante 30 |
|                       |     |                                    | 15 Dias                             |

Emisión

| Orto | Tipo | Nombre                              | Cantidad |
|------|------|-------------------------------------|----------|
| 22   | pos  | EVALUACIÓN INICIAL TERAPIAS FISICAS | 1        |
| 72   | pos  | CONTROL ORTOPEDIA                   | 1        |

Información del profesional

MAURICIO CAYON ZULUAGA

C 79451262

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro 964393



Nombre

Paul Jairo Jarama

Fecha

D/A

MES

AÑO

3 09 21

Plantillas con soporte metatarsiano

Dr. Mauricio Cayón Z  
Ortopedia y Traumatología  
Univalle Registro 964393

*[Signature]*

**Antecedentes Familiares** padre dm tipo2 - hta  
**Antecedentes Laborales** vendedora  
**Fecha de atención** 2021/09/22 12:18:20 AM  
**Observación general de la atención** paciente con dolor cronico postraumatico en rodilla izquierda en el momento se considera dar salida con analgesico ademas cita con fisioterapia recomendaciones y signos de alarma  
**Causa de la atención:** ENFERMEDAD GENERAL  
**Tipo de Evento:** ENFERMEDAD COMUN  
**Plan / Convenio:** POS / URGENCIAS POS EPS-SURA

## Signos vitales

PA: 130/78      FC: 78 / Min      FR: 19 / Min      Peso:  
 Temperatura: 36 °C      saO<sub>2</sub>: 98  
 Escala análoga del dolor: 3

## Examen físico

**Condición General:** BUENA CONDICIÓN GENERAL  
**Estados de conciencia**  
**CONCIENTE**  
**Obs. estado conciencia:** paciente ingresa por sus propios medios con apoyo de baston en miembro inferior izquierdo - en el momento paciente sin facies de dolor agudo

## Parámetros evaluados

Examen urgencias : Neurologico : Normal. Cuello : Normal. Tórax : Normal. Abdomen : Normal. Piel y anexos : Normal. Grado Quemadura : Normal. Procentaje Quemadura : Normal. Músculo esquelético: no se observa edema - ni cambios de coloracion en piel no deformidad - no luxacion en rodilla izquierda - no limitacion funcional - . Genitourinario: se omite .

## Impresión diagnóstica

M239 - TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO  
 M796 - DOLOR EN MIEMBRO

## Camilla asignada

Camilla: @@lz- zambrano - dolor cronico

## Profesional que realizo la atención

**Identificación:** CC 1130614744      **Nombre:** LESLY ISAURA      **Apellido:** ZAMBRANO NOGUERA  
**Especialidades:** MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

## DATOS CONDUCTA AP

## ESCALA MORSE

## MEDICAMENTOS

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

## INTERCONSULTAS URGENTES

## PROCEDIMIENTOS MENORES

## Notas de enfermería

| No. | Observaciones   | Medico que ordeno              | Fecha                  |
|-----|---|--------------------------------|------------------------|
| 1   | Paciente no requiere manejo por enfermería, se cierra historia clínica. | JUAN PABLO JARAMILLO BOBADILLA | 2021/09/22 04:37:24 AM |

## Notas Medicas

| No. | Observaciones | Medico que ordeno | Fecha |
|-----|---------------|-------------------|-------|
|-----|---------------|-------------------|-------|

## CONDUCTA DE ALTA

**Estado de Salida:** vivo      **Fecha Hora Alta:** 2021/09/22 01:19:11 AM  
**Remisión:** Ninguna  
**Definición de Remisión**

## Impresión diagnóstica del Alta

R522 - OTRO DOLOR CRÓNICO

## Profesional que realiza la conducta

**Identificación:** CC 1130614744      **Nombre:** LESLY ISAURA      **Apellido:** ZAMBRANO NOGUERA

**Especialidades:**

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

**Remisiones****No.**

8902844

**Remisión**

CONSULTA TELEMEDICINA FISIATRIA

**Recomendación****texto**

no realizar esfuerzo físico - o ejercicios de impacto

cita con médico fisiatra

aplicar hielo local 3 veces al día intercalados con paños de agua tibia

Encolar la ficha de priorización para impresión - Interconsultas



|               |                         |                        |              |
|---------------|-------------------------|------------------------|--------------|
| FECHA         | 21.01.2021              | NOMBRE CLIENTE         | PAOLA LOZANO |
| PUNTO RECAUDO | CENTRO MEDICO SURA CALI | IDENTIFICACION CLIENTE | 31484077     |
| SERVICIO      | SALUD IPS               | REFERENCIA DE PAGO     | 8623911618   |
| CAJERO        | CLAUZAPG                | CONCEPTO               | SOL-ANT SURA |

**OBSERVACION**      **ASEGURADORA:REMISIONES---CONVENIO:---TIPO\_AFILIADO:**  
**NIVEL:C---NOM. MEDICO:---CONSULTORIO:**  
**HORA CITA:13:22---DIR. CENTRO MEDICO:---NUM TELEFONO:862391161820**  
**FECHA CITA:21/01/21**

**MEDIOS DE PAGO**

**VALOR**

**EFFECTIVO**

**3.500**

**Total**

**3.500**

**0**

**Ajuste al Peso**

**17.000**

**Cambio**

**ASIGNA, ELIMINA Y PAGA TUS CITAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS A TRAVÉS DE [WWW.COLSUBSIDIO.COM](http://WWW.COLSUBSIDIO.COM), OPCIÓN SALUD Y HAZ CLIC EN "SOLICITA TU CITA MÉDICA"**

**PARA CONSULTAR E IMPRIMIR TU FACTURA ELECTRÓNICA DIRÍGETE A <https://colsubsidio.efacturacadena.com/>**



Señor usuario, COLSUBSIDIO le invita a seguir las siguientes recomendaciones:

1. Lávate las manos con agua y jabón constantemente.
2. Tose o estornuda en el antebrazo y no en la mano.
3. Evita saludar con la mano, con besos y/o abrazos.
4. Si tienes gripe usa tapabocas y quédate en la casa.
5. Si presentas síntomas de alarma debes llamar antes de ir a urgencias a la línea 123.

EPS



NI 860007336-1

Página 1 de 1

Ips Genera: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE  
Fecha de Expedición: ene 21 de 2021 13:22:37  
Tipo Evento: AMBULATORIO ELECTIVO

Autorización No. 2712-20964902  
Origen del Servicio ENFERMEDAD GENERAL

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Celular: 3206799314  
IPS Afiliado: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE  
Grupo de Ingresos: A Tipo Cobro: CUOTA MODERADORA  
Tope  
Identificación: CC 31484077  
Edad: 40  
Tipo Afiliado: COTIZANTE ACTIVO  
Porcentaje: Valor: 3500  
Cobrado en: (2712) CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR  
Dirección: CR 11 F # 38 - 66  
Correo: POS  
Producto: POS  
Tipo convenio: 1  
Teléfono: 4006183

|                   |  |            |
|-------------------|--|------------|
| Suracups: 890206  | Autorizado: CONSULTA NUTRICION Y DIETETICA | Cantidad 1 |
| Tarifario: 890206 |  |            |
| Cups: 890206      | Tarifario: CONSULTA NUTRICION Y DIETETICA  |            |

Prescribe: CLINICA CASTELLANA S.A.S. - NI 900668922

Recomendación:

Prestador: NI - 860007336 - CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR - 760011220201

Imprime: CLAUZAGO

Datos Contacto: 4856161

Lugar de atención: IPS COLSUBSIDIO NORTE - AV 6 BIS # 29 NORTE - 41 PISO 2

Datos de Contacto: 4856161

Firma

Cedula:

Teléfono:



(91)0027120020964902000(92)001000000031484077(93)

ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO HASTA 2022/01/16 UNA VEZ CUMPLIDO DICHO PLAZO NO HAY RESPONSABILIDAD DE EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

P  
R  
O  
V  
E  
E  
D  
O  
R



21/1/2021

Paciente

Pendientes



## CONSULTA, CANCELACIÓN Y ASISTENCIA DE CITAS PENDIENTES DEL PACIENTE

## ACIENTE

Identificación

CC 31484077

Primer Apellido

LOZANO

Nombres

PAOLA FERNANDA

## PERIODO DE CONSULTA

Fecha Inicial  
(aaaa/mm/dd)

2021/01/21

Segundo Apellido

RAMIREZ

Fecha Final  
(aaaa/mm/dd)

2021/01/25



Buscar

## CITAS PENDIENTES

| Fecha<br>(aaaa/mm/dd) | Hora<br>24hrs<br>(hh:mm) | IPS                                       | Servicio                                     | Profesional                     | Asistencia | Confirmar<br>Asistencia | Confirmar<br>Asistencia sin<br>Atención | Cancelar<br>Cita | Ver<br>Más |
|-----------------------|--------------------------|---|--|---------------------------------|------------|-------------------------|---|------------------|------------|
| 2021/01/25            | 16:05                    | CENTRAL DE<br>ESPECIALISTAS<br>CASTELLANA | CONTROL ORTOPEDIA<br>EPS                     | CAYON ZULUAGA<br>MAURICIO       | NO         |                         |   |                  |            |
| 2021/01/25            | 15:30                    | IPS COLSUBSIDIO<br>NORTE                  | CONSULTA<br>NUTRICION                        | CONDE MUÑOZ ANA<br>CATHERINE    | NO         |                         |   |                  |            |
| 2021/01/25            | 12:00                    | IPS COLSUBSIDIO<br>NORTE                  | CONSULTA<br>TELEMEDICINA<br>MEDICO CENTINELA | LENIS RIVERA<br>ETHILSE VANESSA | NO         |                         |   |                  |            |

Total Registros Hallados

3

Cerrar

agein00002

21/1/2021

AGENDAWEB.SURAMERICANA.COM - AGENDA WEB - AGENDA



Paciente



Pendientes



## CONSULTA, CANCELACIÓN Y ASISTENCIA DE CITAS PENDIENTES DEL PACIENTE

## ACIENTE

Identificación CC 31484077  
 Primer Apellido LOZANO  
 Nombres PAOLA FERNANDA

Segundo Apellido RAMIREZ

## PERIODO DE CONSULTA

Fecha Inicial  
 (aaaa/mm/dd) 2021/01/21

Fecha Final  
 (aaaa/mm/dd) 2021/01/25



Buscar

## CITAS PENDIENTES

| Fecha<br>(aaaa/mm/dd) | Hora<br>24hrs<br>(hh:mm) | IPS                                       | Servicio                                     | Profesional                     | Asistencia | Confirmar<br>Asistencia | Confirmar<br>Asistencia<br>sin<br>Atención | Cancelar<br>Cita | Ver<br>Más |
|-----------------------|--------------------------|---|--|---------------------------------|------------|-------------------------|--|------------------|------------|
| 2021/01/25            | 16:05                    | CENTRAL DE<br>ESPECIALISTAS<br>CASTELLANA | CONTROL ORTOPEDIA<br>EPS                     | CAYON ZULUAGA<br>MAURICIO       | NO         |                         |  |                  |            |
| 2021/01/25            | 15:30                    | IPS COLSUBSIDIO<br>NORTE                  | CONSULTA<br>NUTRICION                        | CONDE MUÑOZ ANA<br>CATHERINE    | NO         |                         |  |                  |            |
| 2021/01/25            | 12:00                    | IPS COLSUBSIDIO<br>NORTE                  | CONSULTA<br>TELEMEDICINA<br>MEDICO CENTINELA | LENIS RIVERA<br>ETHILSE VANESSA | NO         |                         |  |                  |            |

Total Registros Hallados

3

Cerrar

agend00002

21/1/2021

AGENDAWEB.SURAMERICANA.COM - AGENDA WEB - AGENDA



Paciente



Pendientes

## CONSULTA, CANCELACIÓN Y ASISTENCIA DE CITAS PENDIENTES DEL PACIENTE



?

## ACIENTE

Identificación

CC 31484077

Primer Apellido

LOZANO

Nombres

PAOLA FERNANDA

Segundo Apellido

RAMIREZ

## PERIODO DE CONSULTA

Fecha Inicial

(aaaa/mm/dd)

2021/01/21

Fecha Final

(aaaa/mm/dd)

2021/01/25



Buscar

## ITAS PENDIENTES

| Fecha<br>(aaaa/mm/dd)    | Hora<br>24hrs<br>(hh:mm) | IPS                                       | Servicio                                     | Profesional                     | Asistencia | Confirmar<br>Asistencia | Confirmar<br>Asistencia sin<br>Atención | Cancelar<br>Cita | Ver<br>Más |
|--------------------------|--------------------------|---|--|---------------------------------|------------|-------------------------|---|------------------|------------|
| 2021/01/25               | 12:00                    | IPS COLSUBSIDIO<br>NORTE                  | CONSULTA<br>TELEMEDICINA<br>MEDICO CENTINELA | LENIS RIVERA<br>ETHILSE VANESSA | NO         |                         |   |                  |            |
| 2021/01/25               | 16:05                    | CENTRAL DE<br>ESPECIALISTAS<br>CASTELLANA | CONTROL ORTOPEDIA<br>EPS                     | CAYON ZULUAGA<br>MAURICIO       | NO         |                         |   |                  |            |
| Total Registros Hallados |                          |   |  | 2                               |            |                         |   |                  |            |

Cerrar

agein00002



CASTELLAT

Service to be provided /  
Member and non-member /  
Land. 20

if ( )  
Person over 18  
or 18-19 years



Sheet II

## CITAS ASIGNADAS

**Fecha Impresion:** 2021/01/26

**Documento:** CC 31484077

**Nombres:** PAOLA FERNANDA Apellidos: LOZANO RAMIREZ

| Fecha<br>(día - mes - año) | Hora<br>(hh:mm) | Lugar de Atención         | Servicio                               | Profesional                   |
|----------------------------|-----------------|---------------------------|--|-------------------------------|
| 27 - enero - 2021          | 12:00 PM        | IPS COLSUBSIDIO NORTE     | CONSULTA TELEMEDICINA MEDICO CENTINELA | LENIS RIVERA ETHILSE VANESSA  |
| 27 - enero - 2021          | 03:00 PM        | IPS COLSUBSIDIO NORTE     | CONSULTA NUTRICION                     | CONDE MUÑOZ ANA CATHERINE     |
| 05 - abril - 2021          | 09:30 AM        | CLINICA CASTELLANA S.A.S. | CONSULTA MEDICINA DEL DOLOR            | MARTINEZ CORTES VICTOR ANDRES |
|                            |                 |                           |  |                               |
|                            |                 |                           |  |                               |
|                            |                 |                           |  |                               |

### Recomendaciones

1. Llegar 20 minutos antes de la hora en la que le fue asignada la cita.
2. Realizate las ayudas diagnosticas necesarias para la atención de tu cita.
3. Si no puede asistir, recuerda modificar o cancelar la cita mínimo con 2 horas de anticipación usando nuestros canales (APP, Internet, líneas de atención).



**ORDEN DE COBRO**  
CLINICA CASTELLANA S.A.S. NIT 900668922-8

IPS Genera: (131972) CLINICA CASTELLANA S.A.S. - CALI  
Fecha de Expedición: 2021/05/31 Hora: 07:43:40  
Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Orden 131972-90117200  
Tipo de Plan: POS  
Recobro:

Edad: 40 Años

**INFORMACIÓN DEL AFILIADO**

CC 31484077 PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Semanas Colizadas: 262 Plan: POS IPS COLSUBSIDIO NORTE  
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR Tipo convenio: POR ACTIVIDAD  
(98397038) MIGUEL FERNANDO FOLLECO UNIGARRO, CALLE 20 NORTE # 4N -45 CONS 103

COTIZANTE

Fecha Cita:  
Tel: 3114041609

**INFORMACIÓN DEL COBRO**

Grupo de Ingresos: A  
Tipo de cobro: EXENTO  
Cobrado en: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE - CALI  
PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Valor: 0  
Pagó:

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|----------------------------|--------------|----------|
| 50262    | 50262         | CONTROL ENDOCRINOLOGO (A)  | E669         | 1        |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |

Observaciones: Médico Filar: KATERINE ANDREA OSPINA SIERRA/ Odontólogo Filar: / : PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL LILI CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnosticas.

Este documento es válido hasta:

28/05/2022

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

VICTOR ANDRES MARTINEZ CORTES  
CC 94543468 Registro: 76-0404/15  
Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello  
EVELABRO

P  
R  
O  
V  
E  
E  
D  
O  
R

IS

# ORDEN DE COBRO

CLINICA CASTELLANA S.A.S. NIT 900668922-8

IPS Genera: (131972) CLINICA CASTELLANA S.A.S. - CALI

Orden No: 131972-90117200

Fecha de Expedición: 2021/05/31 Hora: 07:43:40

Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Recobro:

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO

CC 31484077

Semanas Cotizadas: 262

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

COTIZANTE

Edad: 40 Años

Plan: POS IPS COLSUBSIDIO NORTE

Tipo convenio: POR ACTIVIDAD

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

(98397036) MIGUEL FERNANDO FOLLECO UNIGARRO CALLE 20 NORTE # 4N -45 CONS 103

Fecha Cita:

Tel: 3114041609

## INFORMACIÓN DEL COBRO

Tipo de EXENTO

Grupo de ingresos: A Versailles

Oct 4 / 3:30pm  
11:00 Medicina

Cobrado en: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE - CALI

Valor: 0

Pagó:

## PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|----------------------------|--------------|----------|
| 50262    | 50262         | CONTROL ENDOCRINOLOGO (A)  | E689         | 1        |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |

## Observaciones:

Medico Filar KATERINE ANDREA OSPINA SIERRA/ Odontólogo Filar: / : PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL LILI CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnosticas.

Este documento es válido hasta

26/05/2022

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.



VICENT ANDRES MARTINEZ CORTES

CC 94543468 Registro 76-0404/15

Firma del Profesional y Cedula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello  
EVELABRO

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O



**Colsubsidio****CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO****NIT 860007336-1****Recibo de caja N° 59920545****ORIGINAL**

|               |                         |                        |              |
|---------------|-------------------------|------------------------|--------------|
| FECHA         | 31.05.2021              | NOMBRE CLIENTE         | PAOLA LOZANO |
| PUNTO RECAUDO | CENTRO MEDICO SURA CALI | IDENTIFICACION CLIENTE | 31484077     |
| SERVICIO      | SALUD IPS               | REFERENCIA DE PAGO     | 8626132857   |
| CAJERO        | EVELABRO                | CONCEPTO               | SOL-ANT SURA |

**OBSERVACION** ASEGURADORA:REMISIONES---CONVENIO:---TIPO\_AFILIADO:  
NIVEL:C---NOM. MEDICO:---CONSULTORIO:  
HORA CITA:09:34---DIR. CENTRO MEDICO:---NUM TELEFONO:862613285720  
FECHA CITA:31/05/21

**MEDIOS DE PAGO****EFFECTIVO****VALOR**

3,500

3,500

**Total**

0

Ajusto al Peso

500

Cambio

ASIGNA, ELIMINA Y PAGA TUS CITAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS A TRAVÉS DE [WWW.COLSUBSIDIO.COM](http://WWW.COLSUBSIDIO.COM), OPCIÓN SALUD Y HAZ CLIC EN "SOLICITA TU CITA MÉDICA"  
PARA CONSULTAR E IMPRIMIR TU FACTURA ELECTRÓNICA DIRÍGETE A <https://colsubsidio.efacturacadena.com/>

Señor usuario, COLSUBSIDIO le invita a seguir las siguientes recomendaciones:

1. Lávese las manos con agua y jabón constantemente.
2. Tose o estornude en el antebrazo y no en la mano.
3. Evite saludar con la mano, con besos y/o abrazos.
4. Si tienes gripe usa tapabocas y quédate en la casa.
5. Si presentas síntomas de alarma debes llamar antes de ir a urgencias a la línea 123.

Fecha y hora de impresión: 31-05-2021 09:22:17  
EVELABRO Sello

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O

as



**ORDEN DE COBRO**

CLINICA CASTELLANA S.A.S. NIT 900668922-8

IPS Genera: (131972) CLINICA CASTELLANA S.A.S. - CALI

Orden No: 131972-90117300

Fecha de Expedición: 2021/05/31 Hora: 07:44:06

Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Recobro:

**INFORMACIÓN DEL AFILIADO**

CC 31484077

Semanas Colizadas: 262

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

COTIZANTE

Edad: 40 Años

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Plan: POS IPS COLSUBSIDIO NORTE

(900248010) FUNDACION CENTRO VASCULAR DE CALLE 5B4 # 38-54. BARRIO SAN

Tipo convenio: POR ACTIVIDAD

**INFORMACIÓN DEL COBRO**

Grupo de ingresos: A

Tipo de CUOTA MODERADORA

Cobrado en: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE - CALI

Fecha Cita:

Tel: 5141560 - 3756475-PBX 6609014

**PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS**

Valor: 3.500

Camilo Bernal  
16 Sept 11:20 AM

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados   | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|------------------------------|--------------|----------|
| 50460    | 890202        | CONSULTA VASCULAR PERIFERICO | 1890         | 1        |
|          |               |                              |              |          |
|          |               |                              |              |          |
|          |               |                              |              |          |
|          |               |                              |              |          |

Observaciones: Médico Fliar: KATERINE ANDREA OSPINA SIERRA/ Odontólogo Fliar: / ; PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO VS HUECO EL 21 OCTUBRE 2019 MANEJADO EN VALLE DEL LILI CON MATERIAL DE OTS TIBIA CON REPORTE DE FRACTURA DE PLATILLOS

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnosticas.

Este documento es válido hasta:

26/05/2022

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.



VÍCTOR ANDRÉS MARTÍNEZ CORTES

CC 94543468 Registro: 76-0404/15

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello  
EVELABRO

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O

**Recomendaciones de la consulta**

**Orden :** 99998-1149338200

**IPS Atiende :** (99998)CENTRO DE ESPECIALISTAS

**NIT.** 800088702

**Paciente :** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

**Identificación :** CC 31484077

**N° Fecha**

**Recomendación**

1 2021/06/16

Señor Usuario: presentarse 8 días antes de la fecha de realización de los exámenes () en su IPS básica (2712) a tramitar las ordenes ( 99998-1149338400). Indicar al punto de servicio que ya están cargadas en el sistema de acuerdo a esta fecha de atención 2021/06/16

**Profesional** MAURICIO CAYON ZULUAGA

**Identificación :** CC 79451262

**Registro :** 964393

**Imprime :** ANDRCHCA **Fecha :** 2021/06/16

**IPS :** CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA

I40771262F210616I31487945

EPS **SURA**

Remisión : 99998-1149338300

Orden : 99998-1149338200

Fecha : 2021/06/16 17:13

Identificación CC 31484077

Nombre : PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Edad : 40 Años

Tipo Atención EG

IPS Atiende CENTRO DE ESPECIALISTAS

De : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Para : CONTROL ORTOPEDIA

MC: control. EA: paciente con antecedente de fractura de platillos tibiales bilaterales en octubre de 2019

manejada en fundacion valle del lili. refiere que ha estado con dolor sobretodo en la rodilla izquierda. se siente

limitada para actividades como correr, agacharse, molesta cuando esta mucho tiempo de pie. desde que la operaron

refiere que siente como si el 2 dedo del pie derecho se estuviera torciendo y le duele. la valoro fisiatría en mayo

2021 que reporta linfedema, dolor mecanico. ultima rx 09/2020. tiene pendiente reiniciar hidroterapia (ya tiene la orden). tambien tiene pendiente cita con vascular para manejo del linfedema. \*\*\*\*\*

SIGNOS VITALES: DESCRIPCION: ambulatoria. patron de marcha normal. ingresa al consultorio sin ayuda de ortesis. PESO:

86.5Kgs TALLA: 154.0 cms

DIAGNOSTICO PROVISIONAL: S821 FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA. Impresión diagnóstica E669 OBESIDAD, NO  
ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica T932 SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR. Impresión diagnóstica

MOTIVO: null

Profesional MAURICIO CAYON ZULUAGA

CC 79451262

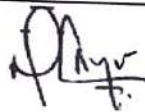
Registro : 964393

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnosticas.

Imprime : ANDRCHCA

Fecha : 2021/06/16

IPS : CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA



I40771262F210616I3148794

EPS **SURA**

## ORDEN DE COBRO

EPS SURAMERICANA S.A. NIT 800088702-2

IPS Genera: (99998) CENTRO DE ESPECIALISTAS - MEDELLIN

Fecha de Expedición: 2021/06/16

Hora: 17:13:39

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Orden 99998-1149338300

Tipo de Plan: POS

Recobro:

### INFORMACIÓN DEL AFILIADO

CC 31484077

Semanas Cotizadas: 262

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

(900668922) CLINICA CASTELLANA S.A.S.,

INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de Ingresos: A

Tipo de cobro: EXENTO

Cobrado en: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI  
PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Plan: POS IPS COLSUBSIDIO NORTE  
Tipo convenio: POR ACTIVIDAD  
AV 5 # 21 NORTE - 89

COTIZANTE

Fecha Cita:

Tel: 6606080

Edad: 40 Años

Valor: 0

Pagó:

| Cod CUPS  | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados | Impresión Dx | Cantidad |
|---|---------------|----------------------------|--------------|----------|
| 50172   | 50172         | CONTROL ORTOPEDIA          | S821         | 1        |
|   |               |                            |              |          |
|   |               |                            |              |          |
|   |               |                            |              |          |
|   |               |                            |              |          |
| Observaciones: Médico Fliar: KATERINE ANDREA OSPINA SIERRA/ Odontólogo Fliar: / ; |               |                            |              |          |

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnósticas.

Este documento es válido hasta:

11/06/2022

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.



MAURICIO CAYON ZULUAGA  
CC 79451262 Registro: 964393

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello  
ANDRCHCA

P  
R  
O  
V  
E  
E  
D  
O  
R

EPS sura

**ORDEN DE COBRO**  
EPS SURAMERICANA S.A. NIT 800088702-2

IPS Genera: (99998) CENTRO DE ESPECIALISTAS - MEDELLIN

Orden No: 99998-1149338300

Fecha de Expedición: 2021/06/16

Hora: 17:13:39

Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Recobro:

**INFORMACIÓN DEL AFILIADO**

CC 31484077

Semanas Cotizadas: 262

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

COTIZANTE

Edad: 40 Años

Plan: POS IPS COLSUBSIDIO NORTE

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

(900668922) CLINICA CASTELLANA S.A.S.

Tipo convenio: POR ACTIVIDAD

Fecha Cita:

AV 5 # 21 NORTE - 89

Tel: 6066600

**INFORMACIÓN DEL COBRO**

Grupo de ingresos: A

Tipo de **EXENTO**

Cobrado en: (137946) CENTRAL DE ESPECIALISTAS CASTELLANA - CALI

Valor: 0

Pagó:

6442200

**PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS**

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|----------------------------|--------------|----------|
| 50172    | 50172         | CONTROL ORTOPEDIA          | S821         | 1        |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |

Observaciones: Médico Fliar: KATERINE ANDREA OSPINA SIERRA/ Odontólogo Fliar: / ;

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnosticas.

Este documento es válido hasta:

11/06/2022

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

MAURICIO CAYON ZULUAGA

CC 79451262 Registro: 964393

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello  
ANDRCHCAA  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O



## CITAS ASIGNADAS

Fecha Impresión: 2021/06/15

Documento: CC 31484077

Nombres: PAOLA FERNANDA Apellidos: LOZANO RAMIREZ

| Fecha<br>(día - mes - año) | Hora<br>(hh:mm) | Lugar de Atención  | Servicio           | Profesional            |
|----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|------------------------|
| 16 - junio - 2021          | 04:55 PM        | IPS SUR PASO ANCHO | CONSULTA ORTOPEDIA | CAYON ZULUAGA MAURICIO |
|                            |                 |                    |                    |                        |
|                            |                 |                    |                    |                        |
|                            |                 |                    |                    |                        |
|                            |                 |                    |                    |                        |
|                            |                 |                    |                    |                        |
|                            |                 |                    |                    |                        |

### Recomendaciones

1. Llegar 20 minutos antes de la hora en la que le fue asignada la cita.
2. Realizate las ayudas diagnosticas necesarias para la atención de tu cita.
3. Si no puede asistir, recuerda modificar o cancelar la cita mínimo con 2 horas de anticipación usando nuestros canales (APP, Internet, líneas de atención).

EPS



NI 860007336-1

Página 1 de 1

Ips Genera: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE  
Fecha de Expedición: jul 24 de 2021 11:48:28  
Tipo Evento: AMBULATORIO ELECTIVO

Autorización No. 2712-34387302  
Origen del Servicio ENFERMEDAD GENERAL

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Celular: 3206799314  
IPS Afiliado: (2712) IPS COLSUBSIDIO NORTE  
Grupo de Ingresos: A Tipo Cobro: CUOTA MODERADORA  
Tope

Identificación: CC 31484077  
Edad: 40  
Tipo Afiliado: COTIZANTE ACTIVO  
Porcentaje: Valor: 3500  
Cobrado en: (2712) FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL JULIO H CALONJE

Dirección: CR 11 F # 38 - 86  
Correo:   
Producto: POS  
Tipo convenio: 3  
Teléfono: 4006183

Suracups: 943102  
Tarifario: 943102  
Cups: 943102

Autorizado: PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA (SESION)  
Tarifario: 943102 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA (198)

Cantidad 1

Prescribe: FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL JULIO H CALONJE - NI 890308493  
Recomendación: REALIZAR 5 SS DE TERAPIA

Prestador: NI - 890308493 - FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL JULIO H CALONJE - 760010091501  
Datos Contacto: 4863732 - CITAS@FUNDACIONIDEAL.ORG.CO - 3176434918  
Lugar de atención: FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACIÓN I - CL 50 # 10 A - 08  
Datos de Contacto: 4863732 - CITAS@FUNDACIONIDEAL.ORG.CO - 3176434918

Imprime: NATAMEME



(91)0027120034387302000(92)001000000031484077(93)

ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO HASTA 2022/07/19 UNA VEZ CUMPLIDO DICHO PLAZO NO HAY RESPONSABILIDAD DE EPS Y MEDICINA  
PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O

AGENDAWEB.SURAMERICANA.COM - AGENDA WEB - AGENDA

Segundo Apellido RAMIREZ

2021/08/12

Fecha Final  
(aaaa/mm/dd)

2021/08/12

2021/08/12 09:40

IPS SURA CENTRAL  
DE ESPECIALISTAS REVISION ORTOPEDIA  
CALI

CAYON ZULUAGA MAURICIO

NO

Total Registros Hallados 1

Encontrar el 1.25 de un episodio en 24 horas.



## CITAS ASIGNADAS

Fecha Impresión: 2021/08/02

Documento: CC 31484077

Nombres: PAOLA FERNANDA Apellidos: LOZANO RAMIREZ

| Fecha<br>(día - mes - año) | Hora<br>(hh:mm) | Lugar de Atención                      | Servicio   | Profesional                   |
|----------------------------|-----------------|--|--|-------------------------------|
| 11 - agosto - 2021         | 01:00 PM        | CENTRAL DE ESPECIALISTAS<br>CASTELLANA | CONSULTA ORTOPEDIA                               | CAYON ZULUAGA MAURICIO        |
| 01 - septiembre - 2021     | 09:40 AM        | CLINICA CASTELLANA S.A.S.              | CONSULTA ESPECIALISTA EN DOLOR O<br>ALGESIOLOGÍA | MARTINEZ CORTES VICTOR ANDRES |
|                            |                 |  |  |                               |
|                            |                 |  |  |                               |
|                            |                 |  |  |                               |
|                            |                 |  |  |                               |

### Recomendaciones

1. Llegar 20 minutos antes de la hora en la que le fue asignada la cita.
2. Realizate las ayudas diagnosticas necesarias para la atención de tu cita.
3. Si no puede asistir, recuerda modificar o cancelar la cita mínimo con 2 horas de anticipación usando nuestros canales (APP, Internet, líneas de atención).

FORMA-1505

20150126W801150

EPS SURA

**ORDEN DE COBRO**  
EPS SURAMERICANA S.A. NIT 800088702-2

Sept 3  
3:40pm

Orden No: 99998-1177758700

IPS Genera: (99998) CENTRO DE ESPECIALISTAS - MEDELLIN

Fecha de Expedición: 2021/08/12 Hora: 11:24:03

Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Recobro:

COTIZANTE

Edad: 40 Años

**INFORMACIÓN DEL AFILIADO**

CC 31484077

Semanas Cotizadas: 270

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

(900668922) CLINICA CASTELLANA S.A.S.

**INFORMACIÓN DEL COBRO**

Tipo de **EXENTO**

Cobrado en: (137946) IPS SURA CENTRAL DE ESPECIALISTAS CALI - CALI

Valor: 0

Pagó:

Fecha Cita: 644 2200  
Tel: 6666660

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Plan: POS IPS COLSUBSIDIO NORTE

Tipo convenio: POR ACTIVIDAD

AV 5 # 21 NORTE - 89

Grupo de ingresos: A

**PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS**

| Cod CUPS | Cod Tarifario | Procedimientos Autorizados | Impresión Dx | Cantidad |
|----------|---------------|----------------------------|--------------|----------|
| 50172    | 50172         | CONTROL ORTOPEDIA          | T932         | 1        |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |
|          |               |                            |              |          |

Observaciones Médico Filar: KATERINE ANDREA OSPINA SIERRA/ Odontólogo Filar: / ;

Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnósticas.

Este documento es válido hasta

07/08/2022

Una vez cumplido dicho plazo no hay responsabilidad de EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A

MAURICIO CAYON ZULUAGA

CC 79451262 Registro. 964393

Firma del Profesional y Cédula

Firma

Firma Responsable IPS y Sello  
ANDRCHCA

A  
F  
I  
L  
I  
A  
D  
O

Llevar Después que tenga  
la Radiografía

EPS **Sura**

**Recomendaciones de la consulta**

Orden : 99998-1177758600

IPS Atiende : (99998)CENTRO DE ESPECIALISTAS

NIT. 800088702

Paciente : PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Identificación : CC 31484077

N° Fecha

Recomendación

1 2021/08/12

valoracion por salud ocupacional de la empresa.  
debe evitar actividades que impliquen desplazamiento de distancias largas. evitar permanecer de pie o periodos prolongados de tiempo. permitir alternancia en la posicion. evitar  
gradas. realizar pausas activas.

Profesional MAURICIO CAYON ZULUAGA

Identificación : CC 79451262

Registro : 964393

Imprime : ANDRCHCA

Fecha : 2021/08/12

IPS : IPS SURA CENTRAL DE ESPECIALISTAS CALI

I40771262F210812I31487945

ODONTOLIA

abuya

| PACIENTE                          |   |   |                                       |                 |                               |
|-----------------------------------|---|---|---------------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| Identificación CC <b>31484077</b> |   |   | Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ |                 |                               |
| DOCUMENTOS                        |   |   |                                       |                 |                               |
| Documento                         | Orden                                     | Fecha                                   | Valor                                 | Estatus No Pago | Estado                        |
| Orden Remision                    | 2669-208890500 <a href="#">[Detalles]</a> | 2021/09/22                              | 3500                                  |                 | Pendiente Proveedor (Asignar) |
| Resumen de Atención               | 2669-208888900                            | 8902644 CONSULTA TELEMEDICINA FISIATRIA |                                       |                 |                               |
| Total a recaudar IPS Imprime:     |   |   | 3500                                  |                 |                               |

(\*) Los documentos se enviarán a: ☐ Impresora ☐ Correo electrónico:

[Aplicar Proceso](#) [Aplicar Proceso A Selección](#) [Limpiar](#)

[Regresar a Ordenes de Hoy](#) [Buscar documentos](#)

SE GENERARON ORDENES NO CAPITADAS EN LOS CAPÍTULOS



suramericana



SERVIDOR DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.

**Recomendaciones de la consulta**

**Orden :** 2669-208888900

**IPS Atiende :** (2669)URGENCIAS IPS SURA PASO

**NIT.** 811007832

**Paciente :** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

**Identificación :** CC 31484077

**N° Fecha**

**Recomendación**

1 2021/09/22

no realizar esfuerzo fisico - o ejercicios de impacto

2 2021/09/22

cita con medico fisiatra

3 2021/09/22

aplicar hielo local 3 veces al dia intercalados con paños de agua tibia

**Profesional** LESLY ISAURA ZAMBRANO NOGUERA

**Identificación :** CC 1130614744

**Registro :** 1130614744

**Imprime :** JULIVAGU

**Fecha :** 2021/09/22

**IPS :** URGENCIAS IPS SURA PASO ANCHO

I407714744F210921I314811306

EPS **Sura**

Remisión : 2669-208890500

Orden : 2669-208888900

Fecha : 2021/09/22 01:10

**Identificación** CC 31484077

**Tipo Atención** EG

**Nombre :** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

**Edad :** 41 Años

**IPS Atiende** URGENCIAS IPS SURA PASO ANCHO

**De :** MEDICINA DE URGENCIAS Y

**Para :** CONSULTA TELEMEDICINA FISIATRIA

**MC:** 'me duele la rodilla izquierda' **EA:** paciente con antecedente de ostesintesis de rodillas bilateral - con dolor  
cronico en rodilla izquierda - que se ah tomado constante desde hace 1 año - el día de hoy viene por dolor en rodilla  
izquierda con sensacion de inestabilidad - el día de hoy se realizo terapia acuatica - el cual aumento el dolor por lo  
que no retorno al trabajo niega sintomas asociados

=====

**SIGNOS VITALES:** No Evaluado

=====

**DIAGNOSTICO PROVISIONAL:** R522 OTRO DOLOR CRÓNICO. Impresión diagnóstica Z759 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON  
SERVICIOS MÉDICOS Y DE SALUD. Impresión diagnóstica M796 DOLOR EN MIEMBRO. Impresión diagnóstica M239 TRASTORNO INTERNO  
DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO. Impresión diagnóstica

=====

**MOTIVO:** null

**Profesional** LESLY ISAURA ZAMBRANO NOGUERA

CC 1130614744

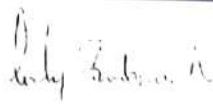
**Registro :** 1130614744

**Señor Usuario recuerde Presentarse 15 minutos antes de la hora en la que fue asignada su cita y llevar todos los resultados de las ayudas diagnosticas.**

**Imprime :** JULIVAGU

**Fecha :** 2021/09/22

**IPS :** URGENCIAS IPS SURA PASO ANCHO

  
I407714744F210921I314811





Centro Médico  
**Laboral**

NOMBRE: Paola Jazano

CEDULA: 31484077

FECHA: 

| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|
| 6   | 9   | 21  |

**R/**

Se solicita Valoración por Medicina Laboral  
para calificación de PCL por antece-  
dentes.

Med. Laboral em 0352/2016

# CITAS ASIGNADAS

Fecha Impresión: 2021/01/06

Documento: CC 31484077

Nombres: PAOLA FERNANDA Apellidos: LOZANO RAMIREZ

| Fecha<br>(día - mes - año) | Hora<br>(hh:mm) | Lugar de Atención         | Servicio                    | Profesional                   |
|----------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 05 - abril - 2021          | 09:30 AM        | CLINICA CASTELLANA S.A.S. | CONSULTA MEDICINA DEL DOLOR | MARTINEZ CORTES VICTOR ANDRES |
|                            |                 |                           |                             |                               |
|                            |                 |                           |                             |                               |
|                            |                 |                           |                             |                               |
|                            |                 |                           |                             |                               |
|                            |                 |                           |                             |                               |
|                            |                 |                           |                             |                               |
|                            |                 |                           |                             |                               |
|                            |                 |                           |                             |                               |

## Recomendaciones

1. Llegar 20 minutos antes de la hora en la que le fue asignada la cita.
2. Realizate las ayudas diagnosticas necesarias para la atencion de tu cita.
3. Si no puede asistir, recuerda modificar o cancelar la cita mínimo con 2 horas de anticipación usando nuestros canales (APP, Internet, líneas de atención).

3175780237 OK 3

018000519519 OPC 1-2

4856161  
(081)



**PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ**

F.Nacimiento : 1980-09-16

CC-31484077

Dirección : CR 13 # 44 03 CHAPINERO

Móvil : 3206799314

E-mail : [PAFEL080@HOTMAIL.COM](mailto:PAFEL080@HOTMAIL.COM)Fecha Evolución : 17-06-2021  
11:00:00

Edad : 40 Año(s) - 9 Mes(es)

Género : femenino

Teléfono : 3206799314-  
3226075912

Entidad : EPS SURA



**FUNDACIÓN IDEAL**  
Para la rehabilitación integral  
"Julio H. Calonge"

**CENTERS OF EXCELLENCE**

**FUNDACION IDEAL**  
890308493-0  
CALLE 50 No 10A-08 VILLA COLOMBIA  
4863732 - 3164825623

Fecha Impresión: 2021-10-05- 19:23:26 PM

Usuario: JOHANA

**Evolución-Sesión Nº 1 Código: 6240433**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 17-06-2021 11:00:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-101071

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

Usuaría de 40 años de edad con diagnostico de fx de la diáfisis de la tibia, lo refiere no presentar síntomas asociados al covid-19, ingresa con marcha independiente alerta en tiempo lugar y persona con tapabocas.

**Objetivo**

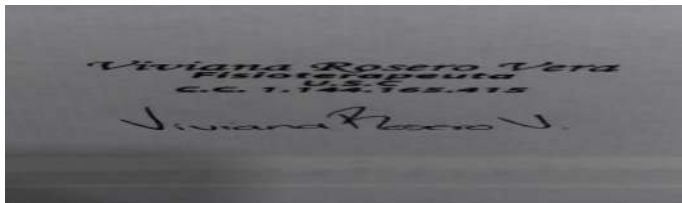
Sesión 1/10  
hora:11:00am  
Ingresa usuaria caminando por sus propio medios refiriendo presenta dolor en rodillas bilateral. se plantea como objetivo realizar evaluación de terapia acuática.

**Analisis**

Se inicia sesión con protocolos de bioseguridad sanitaria con los EPP, usuaria entrega factura e historia clinica para el analisis, y firma consentimientos informados lo cual se explica y refiere entender y aceptar.

**Plan**

Se finaliza sesión a las 11:45am  
Usuaría se retira en buenas condiciones generales.



VIVIANA ROSERO VERA - 1144165415

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

**Evolución-Sesión Nº 2 Código: 6244422**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 24-06-2021 10:30:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-101071

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

sesión 2/. terapia acuática 10:15 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y

**Objetivo**

objetivo de la terapia ganar fuerza muscular de miembro inferior  
Ganar estabilidad articular y alineación articular que le permita tolerar marcha y bipedo prolongado en sus actividades de la vida diaria La sesión de hoy se realiza con actividad física de moderada intensidad, ejercicios articulares activos cuatro series por 15 repeticiones, estiramientos activo de tren inferior por cadenas musculares con desplazamientos en la piscina intentando tocar la punta de los dedos de las manos a la punta de los dedos de los pies flexionando el tronco, ejercicios de cadena

distanciamiento físico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

cinética abierta con resistencia de flotación cuatro series por 15 repeticiones se finaliza con bicicleta acuática 5 minutos

#### Analisis

tolera al realiza las actividades propuestas con resistencia de leve a moderada

#### Plan

sale de la piscina de forma independiente sin complicaciones durante la sesión 11:00



JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

### Evolución-Sesión Nº 3 Código: 6246010

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Línea Producto : T. ACUÁTICA ADULTOS

Fecha Evolución: 28-06-2021 09:00:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-101071

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

sesión 3/. terapia acuática 7:20 am

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Objetivo

objetivo de la terapia ganar fuerza muscular de miembro inferior Ganar estabilidad articular y alineación articular que le permita tolerar marcha y bipedo prolongado en sus actividades de la vida diaria Hoy se trabaja en la sesión con actividad física de leve a moderada intensidad se comienza con marcha multidireccional con resistencia de flotación a tolerancia, se realizan estiramientos activos por cadenas musculares énfasis tren inferior con desplazamientos en la piscina, se realizan ejercicios activos de cadena cinética abierta y cadena cinética cerrada para tren inferior cuatro series por 15 repeticiones se finaliza con bicicleta acuática cinco minutos

#### Analisis

#### Plan

se trabaja en la sesión a tolerancia con resistencia leve a moderada , realiza las actividades propuestas

sesión 2/. terapia acuática 10:15 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO



**JULY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836**  
**FISIOTERAPIA**  
Se Firma Electrónicamente

### Evolución-Sesión N° 4 Código: 6246818

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Nombre Responsable : JUAN TORRES  
Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
Fecha Evolución: 29-06-2021 07:20:00

Identificación: CC-31484077  
Dirección : 0  
No Documento : BC-101071  
Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
Código Prestador : 760010091501  
Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

sesión 3/. terapia acuática 7:20 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,

#### Objetivo

sesión 3/. terapia acuática 7:20 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,

NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO**Analisis**

sesión 3/. terapia acuática 7:20 am

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO**Plan**

sesión 3/. terapia acuática 7:20 am

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

**Nota Administrativa**

no asiste

**Evolución-Sesión Nº 5 Código: 6248891**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 01-07-2021 10:30:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-101071

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

sesión 4/. terapia acuática 7:20 am

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico

**Objetivo**

Objetivo de la terapia la fuerza muscular en tren inferior retracciones musculares ganar estabilidad de alineación articular que le permita tolera en marcha y bipedo prolongada en sus actividades de la vida diaria. La sesión se realiza con marcha multidireccional con resistencia tolerancia, estiramientos activos de tren inferior por cadenas musculares sostenido 15 segundos porque repeticiones, ejercicios de cadena cinética abierta con técnica Aqua pilates cuatro series por 20 repeticiones ejercicios de cadena cinética cuatro series por 15 repeticiones

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Analisis

se trabaja en la sesión a tolerancia con resistencia leve a moderada, realiza las actividades propuestas

#### Plan

sale de la piscina de forma independiente, sin complicaciones en la sesión  
805AM



JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

### Evolución-Sesión Nº 6 Código: 6249805

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Línea Producto : T. ACUÁTICA ADULTOS

Fecha Evolución: 03-07-2021 09:00:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-101071

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

sesión 5/. terapia acuática 9:00 am

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia, trae los implemento necesarios para la sesión, no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos, careta, desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Objetivo

Para la sesión de hoy se trabaja con ejercicios activos de tren inferior con 4 series de 15 repeticiones en cadena cinética abierta, estiramientos activos por cadenas musculares, bicicleta acuática 5 minutos, objetivo de la terapia ganar fuerza muscular de miembro inferior. Ganar estabilidad articular y alineación articular que le permita tolerar marcha y bipedo prolongado en sus actividades de la vida diaria

#### Analisis

#### Plan



en la sesión trabaja de forma adecuada tolera actividades propuestas con resistencia de leve a moderada

sin complicaciones la sesión se finaliza sale de la piscina de forma independiente se dan recomendaciones de estiramientos en casa 945 am



**JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836**  
FISIOTERAPIA  
Se Firma Electrónicamente

### Evolución-Sesión N° 7 Código: 6250022

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Nombre Responsable : JUAN TORRES  
Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
Fecha Evolución: 06-07-2021 07:20:00

Identificación: CC-31484077  
Dirección : 0  
No Documento : BC-101071  
Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
Código Prestador : 760010091501  
Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

sesión 5/. terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Analisis

sesión 5/. terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes

#### Objetivo

sesión 5/. terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Plan

sesión 5/. terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes

Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO



Lady Tatiana Medina M.  
FISIOTERAPEUTA  
Reg.: 76 - 5121

LADY TATIANA MEDINA MORENO - 76-5121  
FISIOTERAPIA  
Se Firma Electrónicamente

#### Nota Administrativa

Se desconoce motivo de inasistencia

### Evolución-Sesión N° 8 Código: 6252171

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Nombre Responsable : JUAN TORRES  
Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
Línea Producto : T. ACUÁTICA ADULTOS  
Fecha Evolución: 08-07-2021 10:20:00

Identificación: CC-31484077  
Dirección : 0  
No Documento : BC-101071  
Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
Código Prestador : 760010091501  
Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

sesión 6/. terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Analisis

Realiza marcha multidireccional en agua, estiramientos de isquiotibiales para continuar con fortalecimiento con ejercicio de autocarga en cadena cinética cerrada con 3 series de 15 repeticiones de sentadillas, flexo extensión de rodilla con


#### Objetivo

Restaurar la fuerza muscular al 70% para lograr marcha sin ayudas externas

#### Plan

finaliza sesión sin complicaciones, se retira de manera independiente a las 9:40am

flotadores a nivel axilas y pies fijo en barra de la piscina



Lady Tatiana Medina M.  
FISIOTERAPEUTA  
Reg.: 76 - 5121

LADY TATIANA MEDINA MORENO - 76-5121

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

### Evolución-Sesión N° 9 Código: 6253427

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 12-07-2021 07:20:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-101071

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

sesión 7 terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Analisis

Realiza marcha multidireccional en agua, estiramientos de isquiotibiales para continuar con fortalecimiento con ejercicio de autócarga en cadena cinética cerrada con 3 series de 15 repeticiones de sentadillas, flexo extensión de rodilla con flotadores a nivel axilas y pies fijo en barra de la piscina Para realizar fortalecimiento de músculos abdominales y lumbares de manera excéntrica


#### Objetivo

Objetivo de sesión reducir dolor e inflamación, mejorar la movilidad a la extensión completa y la función del cuádriceps Para que pueda realizar un patrón de marcha normal. Restaurar la fuerza muscular al 70% para lograr marcha sin ayudas externas

#### Plan

Finaliza sesión sin complicaciones se retira a la 8:00 am de manera independiente





Lady Tatiana Medina M.  
FISIOTERAPEUTA  
Reg.: 76 - 5121

LADY TATIANA MEDINA MORENO - 76-5121  
FISIOTERAPIA  
Se Firma Electrónicamente

## Evolución-Sesión N° 10 Código: 6267555

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Nombre Responsable : JUAN TORRES  
Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
Fecha Evolución: 17-07-2021 10:19:00

Identificación: CC-31484077  
Dirección : 0  
No Documento : BC-101071  
Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
Código Prestador : 760010091501  
Sede : VILLA COLOMBIA

### Diagnostico CIE10

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

### Subjetivo

sesión 7 terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

### Analisis

sesión 7 terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,

### Objetivo

sesión 7 terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO


### Plan

sesión 7 terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,

NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO


Lady Tatiana Medina M.  
FISIOTERAPEUTA  
Reg.: 76 - 5121

LADY TATIANA MEDINA MORENO - 76-5121

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

## Nota Administrativa

No cancela sesión

## Evolución-Sesión N° 11 Código: 6267556

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 17-07-2021 10:19:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-101071

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

## Diagnostico CIE10

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

## Subjetivo

sesión 7 terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

## Objetivo

sesión 7 terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

## Analisis

sesión 7 terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y

## Plan

sesión 7 terapia acuática 9:00 am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y

distanciamiento físico

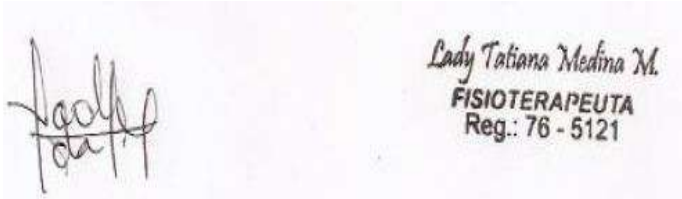
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

distanciamiento físico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO



LADY TATIANA MEDINA MORENO - 76-5121

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

#### Nota Administrativa

No cancela sesión

### Evolución-Sesión N° 12 Código: 6267829

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Línea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 19-07-2021 07:20:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-101071

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

sesión 8 terapia acuática 7:20

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnóstico médico fractura de tibia, trae los implementos necesarios para la sesión, no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos, careta, desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Objetivo

Objetivo de sesión reducir dolor e inflamación, mejorar la movilidad a la extensión completa y la función del cuádriceps Para que pueda realizar un patrón de marcha normal.

Restaurar la fuerza muscular al 70% para lograr marcha sin ayudas externas

#### Análisis


Realiza marcha multidireccional en agua, estiramientos de

#### Plan

Finaliza sesión sin complicaciones, se retira de manera

isquiotibiales para continuar con fortalecimiento con ejercicio de autócarga en cadena cinética cerrada con 3 series de 15 repeticiones de sentadillas, flexo extensión de rodilla con flotadores a nivel axilas y pies fijo en barra de la piscina Para realizar fortalecimiento de músculos abdominales y lumbares de manera excéntrica

independiente a las 8:00 am



Lady Tatiana Medina M.  
FISIOTERAPEUTA  
Reg.: 76 - 5121

**LADY TATIANA MEDINA MORENO - 76-5121**  
**FISIOTERAPIA**  
**Se Firma Electrónicamente**

### Evolución-Sesión N° 13 Código: 6279611

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Nombre Responsable : JUAN TORRES  
Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
Fecha Evolución: 22-07-2021 10:15:00

Identificación: CC-31484077  
Dirección : 0  
No Documento : BC-101071  
Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
Código Prestador : 760010091501  
Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

sesión 8 terapia acuática 7:20  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Objetivo

sesión 8 terapia acuática 7:20  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Analisis

sesión 8 terapia acuática 7:20  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y

#### Plan

sesión 8 terapia acuática 7:20  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y

distanciamiento físico

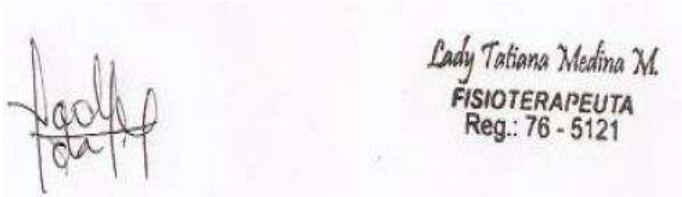
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

distanciamiento físico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO



LADY TATIANA MEDINA MORENO - 76-5121

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

#### Nota Administrativa

no cancela sesión

### Evolución-Sesión N° 14 Código: 6281258

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Línea Producto : T. ACUÁTICA ADULTOS

Fecha Evolución: 24-07-2021 10:30:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-101071

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

sesión 8 terapia acuática 7:20

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnóstico médico fractura de tibia, trae los implementos necesarios para la sesión, no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos, careta, desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Objetivo

sesión 8 terapia acuática 7:20

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnóstico médico fractura de tibia, trae los implementos necesarios para la sesión, no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos, careta, desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Análisis

#### Plan



## sesión 8 terapia acuática 7:20

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.

DOWNTON RIESGO BAJO

## sesión 8 terapia acuática 7:20

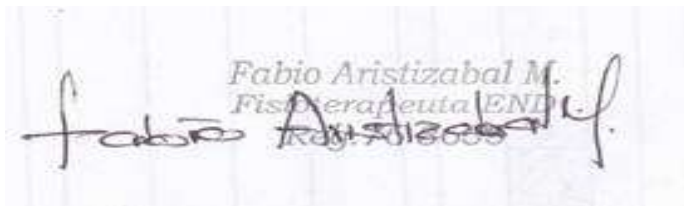
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.

DOWNTON RIESGO BAJO



FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

## Nota Administrativa

No ha regresado a terapia

## Evolución-Sesión N° 15 Código: 6281661

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Línea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 26-07-2021 07:20:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-101071

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

## Diagnostico CIE10

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

## Subjetivo

## sesión 8 terapia acuática 7:20

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes

## Objetivo

## sesión 8 terapia acuática 7:20

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes

secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

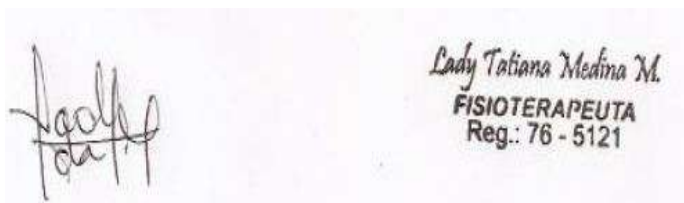
secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

**Analisis**

sesión 8 terapia acuática 7:20  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnóstico médico fractura de tibia, trae los implementos necesarios para la sesión, no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos, careta, desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

**Plan**

sesión 8 terapia acuática 7:20  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnóstico médico fractura de tibia, trae los implementos necesarios para la sesión, no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos, careta, desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO



LADY TATIANA MEDINA MORENO - 76-5121  
FISIOTERAPIA  
Se Firma Electrónicamente

**Nota Administrativa**

no cancela sesión

**Evolución-Sesión N° 16 Código: 6282293**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Nombre Responsable : JUAN TORRES  
Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
Línea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
Fecha Evolución: 27-07-2021 08:00:00

Identificación: CC-31484077  
Dirección : 0  
No Documento : BC-101071  
Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
Código Prestador : 760010091501  
Sede : VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

sesión 9 terapia acuática 8  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnóstico médico fractura de tibia, trae los implementos necesarios para la sesión, no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

**Objetivo**

Ingresa a la piscina por la escalera de forma independiente y sale de la piscina por la escalera de forma independiente. No se observa condición adversa para realizar intervención. Al examen físico la paciente manifiesta dolor 10/10 en rodilla izquierda y 6/10 en rodilla derecha, según la escala análoga visual del dolor. Se planea trabajo de fuerza en cuádriceps para favorecer la estabilidad que le permita un mejor funcionamiento a la rodilla

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,  
NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

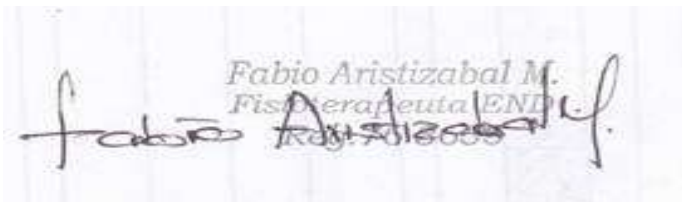
durante la marcha.

#### Analisis

Se trabaja con flexión de cadera y extensión de rodilla teniendo soportes de flotación en tobillo. Sigue con marcha anterior con arrastre de pies y después con extensión de cadera. Posteriormente se realiza extensión de rodilla en bípedo y finaliza con estiramiento de isquiotibiales y cuádriceps. El paciente realiza las actividades propuestas, pero sin cambios en el dolor

#### Plan

Se recomienda continuar en casa con el trabajo de fortalecimiento de la musculatura de rodilla. Finaliza sesión a las 8:35AM



**FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635**  
**FISIOTERAPIA**  
Se Firma Electrónicamente

### Evolución-Sesión N° 17 Código: 6283236

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Nombre Responsable : JUAN TORRES  
Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
Línea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
Fecha Evolución: 28-07-2021 08:00:00

Identificación: CC-31484077  
Dirección : 0  
No Documento : BC-101071  
Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
Código Prestador : 760010091501  
Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

sesión 9 terapia acuática 8  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnóstico médico fractura de tibia , trae los implementos necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o

#### Objetivo

Se propone como objetivo de la sesión. Modular el dolor y lograr fortalecimiento a nivel de cadera tren inferior a tolerancia que le permita realizar desplazamientos seguros con menor compensación postural por dolor  
Por medio de estrategias de trabajo de Modulación del dolor en el hidromasaje técnicas de fortalecimiento isométrico a nivel de tren inferior cadera y alineación postural



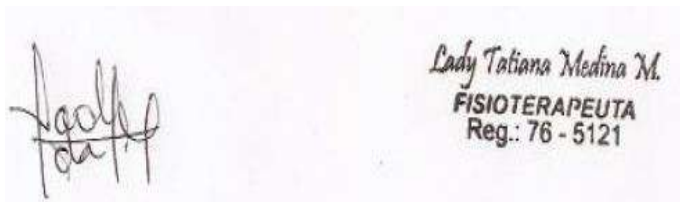
vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,  
NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Analisis

Logra realizar los ejercicios terapéuticos de forma adecuada según las indicaciones de la terapeuta, logrando realizar la siguiente secuencia de ejercicios Estiramiento a nivel de tren inferior a tolerancia, posteriormente manejo del dolor en el hidromasaje con ejercicios de fortalecimiento isométrico nivel de la cadera y tren inferior, reeducando patrón de marcha, nivel de inmersión C7, al finalizar la sesión refiere dolor con calificación 7/10, todas las actividades terapéuticas se realizan de manera segura conservando el distanciamiento preventivo.  
Se dan recomendaciones de realizar en casa los ejercicios con buena alineación postural, especialmente evitar subir y bajar escaleras, y movimientos repetitivos en su trabajo de flexión de cadera, con carga de peso, refiere entender las indicaciones brindadas por el terapeuta, sale del medio acuático de manera dependiente por medio de la grúa de manera adaptada, se desplaza caminando por sus propios medios sin ayuda externa

#### Plan

finalizando la sesión de manera estable sin complicaciones a las 08:40 am



The image shows a handwritten signature on the left and a printed stamp on the right. The stamp contains the text: "Lady Tatiana Medina M.", "FISIOTERAPEUTA", and "Reg.: 76 - 5121".

**LADY TATIANA MEDINA MORENO - 76-5121**  
**FISIOTERAPIA**  
**Se Firma Electrónicamente**

**PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ**

F.Nacimiento : 1980-09-16

CC-31484077

Dirección : CR 13 # 44 03 CHAPINERO

Móvil : 3206799314

E-mail : [PAFEL080@HOTMAIL.COM](mailto:PAFEL080@HOTMAIL.COM)

Fecha Evolución : 24-08-2021

08:00:00

Edad : 40 Año(s) - 11 Mes(es)

Género : femenino

Teléfono : 3206799314-  
3226075912

Entidad : EPS SURA



**FUNDACIÓN IDEAL**  
Para la rehabilitación integral  
"Julio H. Calonge"

**CENTERS OF EXCELLENCE**

**FUNDACION IDEAL**  
890308493-0  
CALLE 50 No 10A-08 VILLA COLOMBIA  
4863732 - 3164825623

Fecha Impresión: 2021-10-05- 19:24:52 PM

Usuario: JOHANA

**Evolución-Sesión Nº 1 Código: 6308529**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 24-08-2021 08:00:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-104958

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

sesión 1 terapia acuática 6am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

**Objetivo**

Ingresa a la piscina por la escalera de forma independiente y sale de la piscina por la escalera de forma independiente. No se observa condición adversa para realizar intervención. Al examen físico la paciente manifiesta dolor 7/10 en rodilla, según la escala análoga visual del dolor. El día de hoy se planea trabajo enfocado en el fortalecimiento de la banda iliotibial y los aductores con el fin de dar estabilidad medial y lateral a la rodilla durante el apoyo de la extremidad.

**Analisis**

Inicia sesión de terapia con calentamiento realizando marcha lateral con abducción de cadera por encima de los 40°. Continúa con flexión de cadera y rodilla extendida en un movimiento frontal y utilizando un soporte de flotación el tobillo como resistencia, para este ejercicio se realiza el cuatro series de 15 repeticiones. Continúa en supino realizando aducción y abducción de cadera con series de 20 repeticiones. Posteriormente se realiza marcha sosteniendo balón en los aductores de cadera y finaliza con estiramientos de todo el miembro inferior. El paciente logra realizar los ejercicios manejando dolor 5/10.

**Plan**

Se recomienda realizar en casa ejercicios para fortalecer la banda iliotibial realizando abducción de cadera en bípedo. Finaliza sesión de terapia a las 6:35am



Fabio Aristizabal M.  
Fisioterapeuta

FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

**Evolución-Sesión Nº 2 Código: 6310293**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Identificación: CC-31484077

Nombre Responsable : JUAN TORRES  
 Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
 Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
 Fecha Evolución: 26-08-2021 08:15:00

Dirección : 0  
 No Documento : BC-104958  
 Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
 Código Prestador : 760010091501  
 Sede : VILLA COLOMBIA

### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

### Subjetivo

sesión 2 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO

### Objetivo

Ingresa a la piscina por la escalera de forma independiente y sale de la piscina por la escalera de forma independiente. No se observa condición adversa para realizar intervención. Al examen físico la paciente manifiesta dolor 7/10 en rodilla izquierda y 4/10 en derecha, según la escala análoga visual del dolor. Se planea trabajo de propiocepción de rodilla con el fin de ganar estabilidad articular permitiendo muscular dolor durante el apoyo de la extremidad en la marcha.

### Analisis

Inicia sesión realizando marcha frontal y lateral. Posteriormente el trabajo sentadillas en el suelo que con cuatro series de 15 repeticiones. Continúa con equilibrio realizando apoyo sobre el pie afectado mientras la extremidad contraria realiza abducción y aducción de cadera con cuatro series de 15 repeticiones. Sigue con marcha frontal y lateral realizando arrastre de pies y finaliza con estiramientos del tibial anterior y los gastrocnemios. Se logra buena ejecución de las actividades propuestas sin exacerbaciones de dolor

### Plan

Se recomienda continuar en casa con los ejercicios de equilibrio. Finaliza a las 8am



FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635  
 FISIOTERAPIA  
 Se Firma Electrónicamente

### Evolución-Sesión N° 3 Código: 6321110

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
 Nombre Responsable : JUAN TORRES  
 Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
 Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
 Fecha Evolución: 27-08-2021 07:30:00

Identificación: CC-31484077  
 Dirección : 0  
 No Documento : BC-104958  
 Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
 Código Prestador : 760010091501  
 Sede : VILLA COLOMBIA

### Diagnostico CIE10

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> |   | <b>Finalidad Consulta:</b> |                       |

|                          |                             |                        |                    |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------|
|                          | Sin seleccionar Diagnostico |                        | No aplica          |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico | <b>Causa Consulta:</b> | Enfermedad general |

**Subjetivo**

sesión 2 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,  
 NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO

**Objetivo**

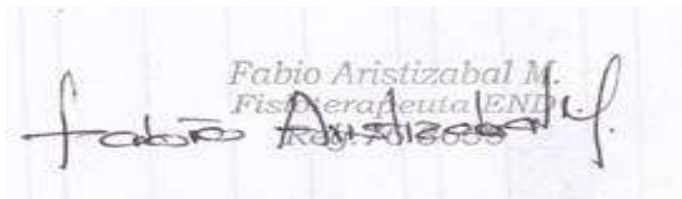
sesión 2 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,  
 NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO

**Analisis**

sesión 2 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,  
 NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO

**Plan**

sesión 2 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,  
 NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO



**FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635**  
**FISIOTERAPIA**  
 Se Firma Electrónicamente

**Nota Administrativa**

No justifica inasistencia

Nombre Responsable : JUAN TORRES  
 Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
 Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
 Fecha Evolución: 31-08-2021 07:30:00

Dirección : 0  
 No Documento : BC-104958  
 Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
 Código Prestador : 760010091501  
 Sede : VILLA COLOMBIA

### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

### Subjetivo

sesión 3 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO

### Objetivo

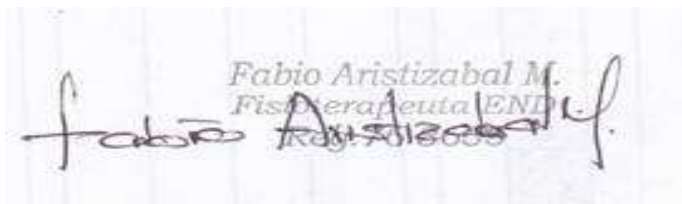
Ingresa a la piscina por la escalera de forma independiente y sale de la piscina por la escalera de forma independiente. No se observa condición adversa para realizar intervención Al examen físico el paciente manifiesta dolor 8/10 en rodilla izquierda, según la escala análoga visual del dolor. Se planea trabajo de fortalecimiento del recto anterior del cuádriceps y de el tibial anterior dando soporte a la rótula para favorecer la disminución de dolor durante el apoyo de la extremidad en la marcha.

### Analisis

Inicia sesión con ocho minutos de bicicleta acuática con soportes de flotación. Continúa realizando flexión y extensión de cadera con rodilla extendida realizando cuatro series de 20 repeticiones. Posteriormente se realiza flexión de cadera en posición prono con soporte de flotación en tobillo realizando cuatro series de 15 repeticiones. Continúa realizando marcha en talones para activar el tibial anterior. Sigue realizando flexión extensión de tronco en supino manteniendo los pies enlazados en barra metálica. Y finaliza con estiramiento generalizado de miembro inferior. Se logra buena ejecución de las actividades propuestas manejando dolor 7/10.

### Plan

Se recomienda continuar en casa con el trabajo de activación muscular en el tibial anterior. Finaliza sesión a las 8am



FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635  
 FISIOTERAPIA  
 Se Firma Electrónicamente

### Evolución-Sesión N° 5 Código: 6334806

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
 Nombre Responsable : JUAN TORRES  
 Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
 Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
 Fecha Evolución: 02-09-2021 07:30:00

Identificación: CC-31484077  
 Dirección : 0  
 No Documento : BC-104958  
 Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
 Código Prestador : 760010091501  
 Sede : VILLA COLOMBIA

### Diagnostico CIE10

|                      |  |                          |  |
|----------------------|--|--------------------------|--|
| <b>Dx Principal:</b> |  | <b>Tipo Diagnostico:</b> |  |
|----------------------|--|--------------------------|--|

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
|                          | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA |                            | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

sesión 4 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO

**Objetivo**

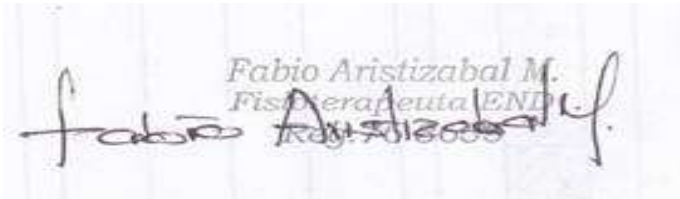
Ingresa a la piscina por la escalera de forma independiente y sale de la piscina por la escalera de forma independiente. No se observa condición adversa para realizar intervención Al examen físico el paciente manifiesta dolor 8/10 en rodilla izquierda, según la escala análoga visual del dolor. Se planea intervención enfocado en mejorar la propiocepción de rodillas y ganar flexibilidad en los isquiotibiales y los cuádriceps con el fin de favorecer la disminución de dolor

**Analisis**

Inicia sesión realizando marcha con arrastre pies. Posteriormente se realiza equilibrio en bípedo con cuatro series de 25 segundos. Continúa realizando marcha lineal manteniendo el contacto punta talón. Continúa con estiramientos de isquiotibiales en forma activa realizando Apoyo de pie en pared con rodilla extendida con cuatro series de 15 segundos. Y finaliza con estiramientos de cuádriceps en forma pasiva con cuatro series de 15 segundos. Se logra trabajo con dolor 7/10

**Plan**

Se recomienda continuar en casa con los ejercicios de flexibilidad. Finaliza sesión a las 8AM



**FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635**  
**FISIOTERAPIA**  
 Se Firma Electrónicamente

**Evolución-Sesión N° 6 Código: 6345582**

**Nombre:** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
**Nombre Responsable :** JUAN TORRES  
**Punto Atención :** NEUORREHABILITACION  
**Linea Producto :** T. ACUATICA ADULTOS  
**Fecha Evolución:** 03-09-2021 07:30:00

**Identificación:** CC-31484077  
**Dirección :** 0  
**No Documento :** BC-104958  
**Estado :** CERRADO

**Teléfono :** 3226075912  
**Código Prestador :** 760010091501  
**Sede :** VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

sesión 4 terapia acuática 7:20am

**Objetivo**

sesión 4 terapia acuática 7:20am



PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

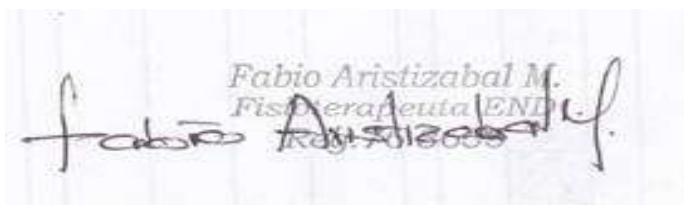
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Analisis

sesión 4 terapia acuática 7:20am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

#### Plan

sesión 4 terapia acuática 7:20am  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO



**FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635**  
**FISIOTERAPIA**  
**Se Firma Electrónicamente**

#### Nota Administrativa

cancela por motivos personales

### Evolución-Sesión N° 7 Código: 6347308

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Nombre Responsable : JUAN TORRES  
Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
Fecha Evolución: 07-09-2021 07:20:00

Identificación: CC-31484077  
Dirección : 0  
No Documento : BC-104958  
Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
Código Prestador : 760010091501  
Sede : VILLA COLOMBIA

Diagnostico CIE10

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

sesión 4 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO

**Objetivo**


sesión 4 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO

**Analisis**

sesión 4 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO

**Plan**

sesión 4 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO



**FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635**  
**FISIOTERAPIA**  
**Se Firma Electrónicamente**

**Nota Administrativa**

Le cogió la tarde



**Evolución-Sesión N° 8 Código: 6348873**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
 Nombre Responsable : JUAN TORRES  
 Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
 Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
 Fecha Evolución: 09-09-2021 07:30:00

Identificación: CC-31484077  
 Dirección : 0  
 No Documento : BC-104958  
 Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
 Código Prestador : 760010091501  
 Sede : VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

sesión 5 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,  
 NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO

**Objetivo**

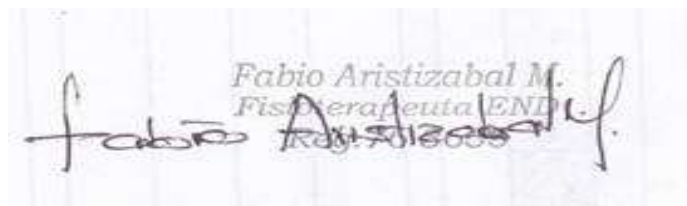
Ingresa a la piscina por la escalera de forma independiente y sale de la piscina por la escalera de forma independiente. No se observa condición adversa para realizar intervención Al examen físico el paciente manifiesta dolor 7/10 en rodilla izquierda, según la escala análoga visual del dolor. Se planea como objetivo de sesión ganar fuerza en el tensor de la fascia lata y aductores, con el fin de proporcionar estabilidad articular en los bordes lateral y medial de la rodilla y favoreciendo disminución de dolor durante el apoyo en marcha.

**Analisis**

Inicia sesión realizando marcha con arrastre de pies. Se realiza marcha lateral con arrastre 10 sosteniendo balón en aductores, sigue con aducción y abducción de cadera sosteniendo soporte de flotación en tobillos con cuatro series de 15 repeticiones. Continúa con aducción y abducción de cadera sosteniendo tabla flotante en cada pie con cuatro series de 20 repeticiones. Posteriormente se posiciona al paciente en supino con balón en aductores y realizando cuatro series de 20 repeticiones con flexión y extensión de cadera. Se logra buen trabajo de fortalecimiento y finaliza con dolor 6/10.

**Plan**

Se recomienda continuar en casa con los ejercicios de fortalecimiento. Finaliza sesión a las 8am



FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635  
 FISIOTERAPIA  
 Se Firma Electrónicamente

**Evolución-Sesión N° 9 Código: 6349666**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
 Nombre Responsable : JUAN TORRES  
 Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
 Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
 Fecha Evolución: 10-09-2021 07:30:00

Identificación: CC-31484077  
 Dirección : 0  
 No Documento : BC-104958  
 Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
 Código Prestador : 760010091501  
 Sede : VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

sesión 6 terapia acuática 7:20am  
 PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
 se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
 se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,  
 NIEGA TODO  
 Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
 DOWNTON RIESGO BAJO

**Objetivo**

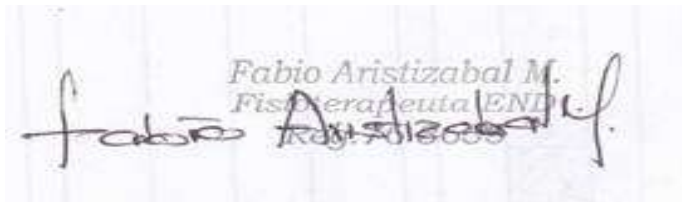
Ingresa a la piscina por la escalera de forma independiente y sale de la piscina por la escalera de forma independiente. No se observa condición adversa para realizar intervención Al examen físico el paciente manifiesta dolor 7/10 en rodilla izquierda, según la escala análoga visual del dolor. Continúa tratamiento enfocado en ganar estabilidad articular y mejorar la flexibilidad del cuádriceps con el fin de ganar tolerancia a sus desplazamientos en marcha por trayectos largos.

**Analisis**

Inicia sesión realizando marcha en puntas y talones. Continúa con soporte de flotación en la parte posterior de la pierna desde posición bípeda para realizar aducción y abducción de cadera con cuatro series de 12 repeticiones. Continúa con sentadillas en un solo pie llevando hasta 90° y realizando cuatro series de 15 repeticiones. Posteriormente se pide la paciente realizar tijera sin desplazamiento con cuatro series de 10 repeticiones. Posteriormente se realiza flexión y extensión de cadera y rodilla desde posición supina con cuatro series de 12 repeticiones. Y finaliza con estiramientos de cuádriceps de forma pasiva. Se logra buen trabajo con dolor 5/10

**Plan**

Se recomienda continuar en casa con los ejercicios de flexibilidad de cuádriceps. Finaliza sesión a las 8 A.M.



**FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635**  
**FISIOTERAPIA**  
 Se Firma Electrónicamente

**Evolución-Sesión N° 10 Código: 6351370**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
 Nombre Responsable : JUAN TORRES  
 Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
 Línea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
 Fecha Evolución: 14-09-2021 07:30:00

Identificación: CC-31484077  
 Dirección : 0  
 No Documento : BC-104958  
 Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
 Código Prestador : 760010091501  
 Sede : VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo****Objetivo**

## sesión 7 terapia acuática 7:20am

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente

se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico

se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO

Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.

DOWNTON RIESGO BAJO

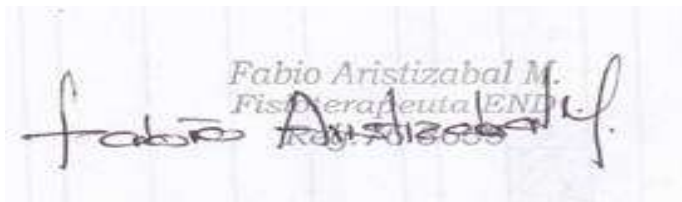
Ingresa a la piscina por la escalera de forma independiente y sale de la piscina por la escalera de forma independiente. No se observa condición adversa para realizar intervención. Al examen físico el paciente manifiesta dolor 7/10 en rodilla izquierda, según la escala análoga visual del dolor. Se planea intervención enfocada en mejorar la flexibilidad de los isquiotibiales y en la centralización de patela mediante el fortalecimiento de cuádriceps con el fin de favorecer la disminución de dolor.

## Análisis

Inicia sesión realizando flexión y extensión de cadera con rodilla extendida teniendo apoyo de sus manos en barra metálica y con cuatro series de 15 repeticiones. Posteriormente se realiza extensión de cadera cuando ya extendida en bípedo con cuatro series de 15 repeticiones. Posteriormente se pide mantener apoyo de miembros inferiores en pared con rodilla extendida de apoyo de manos en barra metálica con cinco series de 15 segundos. Continúa con flexión extensión de rodillas en posición prona con pesas flotantes en tobillos y con cuatro series de 20 repeticiones. Finaliza con estiramientos de isquiotibiales cuádriceps. El paciente logra buena ejecución de las actividades propuestas y finaliza con dolor 6/10.

## Plan

Se recomienda continuar con los estiramientos de miembro inferior en casa. Finaliza sesión a las 8AM



FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

## Evolución-Sesión N° 11 Código: 6374654

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Línea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 18-09-2021 08:15:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-104958

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

## Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

## Subjetivo

sesión 8 terapia acuática 7:20 am

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae

## Objetivo

No se observan condiciones adversas para iniciar sesión de terapia acuática , presenta diagnostico de (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, se propone como objetivo de sesión trabajo de fortalecimiento de tren inferior .

los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,  
NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

**Analisis**

se da inicio con trabajo de marcha frontal 5 repeticiones , se continua con trabajo de abducción de cadera bilateral 5x12 repeticiones , se continua con trabajo de flexión de cadera bilateral 5x12 repeticiones, se utiliza técnica de aquapilates con trabajo de flexión de de cadera a la pared sostenida de la baranda 5x12 repeticiones, logrando el objetivo de sesión

**Plan**

egresa sin complicaciones de salud del medio acuático .

Fabián Castañeda I  
Fisioterapeuta  
Reg 763135

Fabián Castañeda

**FABIAN GIOVANY CASTAÑEDA IGLESIAS - 763135**  
**FISIOTERAPIA**  
**Se Firma Electrónicamente**

**Evolución-Sesión N° 12 Código: 6375977**

**Nombre:** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
**Nombre Responsable :** JUAN TORRES  
**Punto Atención :** NEUROREHABILITACION  
**Línea Producto :** T. ACUATICA ADULTOS  
**Fecha Evolución:** 21-09-2021 13:30:00

**Identificación:** CC-31484077  
**Dirección :** 0  
**No Documento :** BC-104958  
**Estado :** CERRADO

**Teléfono :** 3226075912  
**Código Prestador :** 760010091501  
**Sede :** VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

sesión 9 terapia acuática 1:45pm  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de

**Objetivo**

Ingresa a la piscina por la escalera de forma independiente y sale de la piscina por la escalera de forma independiente. No se observa condición adversa para realizar intervención. Al examen físico el paciente manifiesta dolor 8/10 en rodilla izquierda, según la escala análoga visual del dolor. Se planea mejorar el balance dinámico y estático en bípedo y marcha a fin de mejorar la propiocepción de rodilla y dar estabilidad a la articulación permitiendo modular dolor

falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

**Analisis**

Inicia con marcha lineal con 3 vueltas a la piscina, sigue con desplazamiento en puntas y en talones, sigue con equilibrio sobre tabla flotante, continúa con desplazamiento manteniendo abducción de caderas y finaliza con marcha sosteniendo un flotador en cada tobillo. Se logra trabajo manejando dolor 5/10.

**Plan**

Se recomienda continuar en casa con los estiramientos de miembro inferior. Finaliza sesión a las 2:20pm

**FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635**  
**FISIOTERAPIA**  
**Se Firma Electrónicamente**

**Evolución-Sesión Nº 13 Código: 6379207**

**Nombre:** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
**Nombre Responsable :** JUAN TORRES  
**Punto Atención :** NEUROREHABILITACION  
**Línea Producto :** T. ACUÁTICA ADULTOS  
**Fecha Evolución:** 25-09-2021 14:00:00

**Identificación:** CC-31484077  
**Dirección :** 0  
**No Documento :** BC-104958  
**Estado :** CERRADO

**Teléfono :** 3226075912  
**Código Prestador :** 760010091501  
**Sede :** VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

sesión 9 terapia acuática 1:45pm  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnóstico médico fractura de tibia, trae los implemento necesarios para la sesión, no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos, careta, desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

**Analisis**

sesión 9 terapia acuática 1:45pm

**Objetivo**

sesión 9 terapia acuática 1:45pm  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnóstico médico fractura de tibia, trae los implemento necesarios para la sesión, no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos, careta, desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento físico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

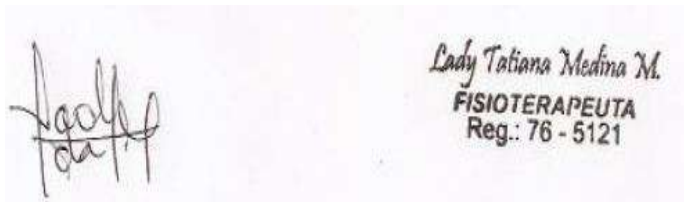
**Plan**

sesión 9 terapia acuática 1:45pm



PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?, NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoracion de Riesgo de Caidas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO



**LADY TATIANA MEDINA MORENO - 76-5121**  
**FISIOTERAPIA**  
**Se Firma Electrónicamente**

#### Nota Administrativa

no cancela sesion

### Evolución-Sesión N° 14 Código: 6381602

**Nombre:** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
**Nombre Responsable :** JUAN TORRES  
**Punto Atención :** NEUROREHABILITACION  
**Linea Producto :** T. ACUATICA ADULTOS  
**Fecha Evolución:** 29-09-2021 17:00:00

**Identificación:** CC-31484077  
**Dirección :** 0  
**No Documento :** BC-104958  
**Estado :** CERRADO

**Teléfono :** 3226075912  
**Código Prestador :** 760010091501  
**Sede :** VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

sesión 10/10 terapia acuática 5:05 pm  
PAOLA Fernanda lozano ramirez asiste a la sesión puntual en condiciones generales estables deambulando por sus propios medios para manejo de diagnostico medico fractura de tibia , trae los implemento necesarios para la sesión , no se observa situación adversa para realizar la sesión ingresa a la piscina de forma independiente  
se atiende al usuario bajo protocolo de bioseguridad lavada de manos , careta , desinfección de herramientas de trabajo y distanciamiento fisico  
se le realizan preguntas según protocolo ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes perdida del

#### Objetivo

No se observan condiciones adversas para el inicio de sesion  
Como objetivo de sesion el dia de hoy se propone favorecer movilidad y fuerza muscular de tren inferior promoviendo mayor estabilidad durante la marcha. Como estrategias se trabajan ejercicios manteniendo balance horizontal para activacion de cinturon pelvico de forma concentrica e isometrica de cuadriceps, se trabaja marcha anterior retroalimentando fase de apoyo medio y mejorando transferencia de carga a extremidad inferior izquierda y finaliza con estiramientos por grupos musculares para modular dolor y tension muscular

olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?,  
NIEGA TODO  
Adultos Escala de Valoración de Riesgo de Caídas J.H.  
DOWNTON RIESGO BAJO

**Analisis**

Usuaría tolera actividad, no refiere incremento del dolor. Ni presenta inflamación.

El día de hoy se realiza reevaluación:

Usuaría realiza 10/10 sesiones de terapia acuática.

Se plantea como objetivo de tratamiento: mejorar patrón de marcha promoviendo mejores condiciones musculoesqueléticas que permitan estabilidad y funcionalidad de la rodilla y facilite la ejecución de actividades diarias. Durante las sesiones se trabajan ejercicios de movilidad activa y flexibilidad de tren inferior, se trabaja equilibrio y propiocepción mejorando transferencias de carga a extremidad inferior izquierda y retroalimentando postura durante la marcha, se realiza reeducación del patrón de marcha.

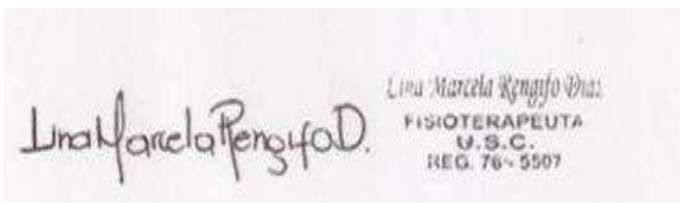
Usuaría finaliza paquete terapéutico, refiere presentar dolor en zona inferior y lateral del rodilla izquierda con una intensidad de 8/10, describe dolor constante que se exagera a 10/10 al realizar transiciones altas, desplazamientos por trayectos largos. E indica dolor en rodilla derecha y a nivel del dorso del pie izquierdo con intensidad de 9/10. Adicionalmente refiere parestesias a nivel de los dedos del pie izquierdo, indica inestabilidad de rodilla izquierda al caminar refiere "se me desenchaja la rodilla". Presenta limitación para subir y bajar escaleras y andenes limitando independencia en desplazamientos dentro de su comunidad. No reporta caídas, pero presenta alto riesgo de caída.

A la evaluación de la movilidad articular según la escala de AAOS se encuentra, movilidad completa en cadera y tobillo izquierdo y a nivel de miembro inferior derecho. Presenta en rodilla izquierda limitación a la movilidad por dolor: flexión 0-110 grados, extensión 110 - 0 grados. A la evaluación de fuerza muscular según escala de Daniels modificada se encuentra: Miembro inferior izquierdo: iliopsoas 4+/5, glúteo mayor 3+/5, aductores 3+/5, tensor de fascia lata 4/5, cuádriceps 3+/5, isquiotibiales 3/5, gastronecmios 4/5. Miembro inferior derecho: iliopsoas 5/5, glúteo mayor 4/5, aductores 5/5, tensor de fascia lata 5/5, cuádriceps 4/5, isquiotibiales 4/5, gastronecmios 5/5. A la evaluación de la marcha se encuentra, usuaria realiza marcha con apoyo de bastón de un punto, mantiene base de sustentación y centro de gravedad ligeramente desviado hacia el lado derecho, presenta disminución de la transferencia de carga a miembro inferior izquierdo y mantiene alineamiento y estabilidad de rodilla en fase de apoyo medio, disminución del tiempo de apoyo en extremidad inferior izquierda asociado a dolor lo que altera Fase de balanceo de la extremidad contraria. Presenta alteración de la propiocepción y alteración del equilibrio dinámico y el apoyo unipodal

Requiere dar continuidad con médico tratante

**Plan**

usuaria requiere dar continuidad con médico tratante. Finaliza paquete terapéutico. Se retira del servicio sin complicaciones



Lina Marcela Rengifo Diaz  
FISIOTERAPEUTA  
U.S.C.  
REG. 76-5507

**LINA MARCELA RENGIFO DIAZ - 76-5507**  
**FISIOTERAPIA**  
**Se Firma Electrónicamente**

**PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ**

F.Nacimiento : 1980-09-16

CC-31484077

Dirección : CR 13 # 44 03 CHAPINERO

Móvil : 3206799314

E-mail : [PAFEL080@HOTMAIL.COM](mailto:PAFEL080@HOTMAIL.COM)

Fecha Evolución : 27-01-2021

09:00:00

Edad : 40 Año(s) - 4 Mes(es)

Género : femenino

Teléfono : 3206799314-  
3226075912

Entidad : EPS SURA



**FUNDACIÓN IDEAL**  
Para la rehabilitación integral  
"Julio H. Calonge"



**FUNDACION IDEAL**  
**890308493-0**  
**CALLE 50 No 10A-08 VILLA COLOMBIA**  
**4863732 - 3164825623**

Fecha Impresión: 2021-10-05- 19:22:52 PM

Usuario: JOHANA

**Evolución-Sesión Nº 1 Código: 6111695**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 27-01-2021 09:00:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-94418

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

(Sesión 1/10) PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ de 40 años de edad y con diagnóstico de Secuelas de fractura de platillos tibiales bilateral. Asiste a evaluación por terapia acuática a las 9AM. No se observa condición adversa para realizar intervención. Se le realizan preguntas según protocolo para COVID 19 ¿Tienes malestar o dolor de garganta?, ¿Tienes Sensación de malestar general?, ¿Tienes Sensación de fatiga o cansancio muscular?, ¿ha presentado fiebre?, ¿Tienes tos seca y persistente?, ¿Tienes Sensación de falta de aire de inicio brusco? ¿Dificultad para respirar?, ¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal?, ¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?, ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? No manifiesta sintomatología relacionada con COVID-19. Llega sin acompañante y deambulando por sus propios medios sin ayudas externas o aditamentos. El terapeuta realiza respectivo lavado de manos previo a la atención y utiliza los elementos de protección personal estipulados en el protocolo de terapia acuática de Fundación Ideal. No presenta riesgo de caída según la escala J.H. Downton.

**Objetivo**

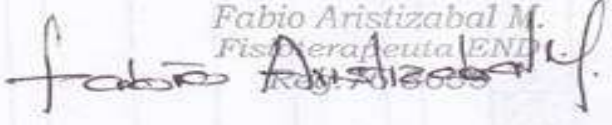
Los objetivos establecidos en acuerdo con el paciente quedan consignados en el formato de evaluación. Se realiza evaluación fuera de la piscina.

**Analisis**

Se socializan y diligencian formatos institucionales y de ley para la prestación del servicio (asistencia, consentimientos informados, carta de compromiso del usuario, confidencialidad de la historia clínica y autorización para toma de vídeos y fotografías con fines de tratamiento terapéutico). Se explica protocolo de seguridad para covid 19. Todos los datos quedan consignados en el formato de evaluación.

**Plan**

Se recomienda informar cualquier alteración en su estado de salud al igual que constancia y puntualidad en sus terapias. Finaliza evaluación a las 9:45AM



Fabio Aristizabal M.  
Fisioterapeuta ENT

FABIO ARISTIZABAL MONSALVE - 76-3635

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

**Evolución-Sesión Nº 2 Código: 6112784**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 28-01-2021 10:15:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-94418

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA



## Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

## Subjetivo

Sesión 2. Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulación de rodillas bilateral

## Objetivo

**CONTINUIDAD DE EVALUACION EN PISCINA**  
La evaluación objetiva ingresa y sale de la piscina de forma independiente, ajuste mental el usuario tolera ingreso al medio acuático, tolera agua en la cara, tolera el agua en los oídos, tolera los cambios de posición y tolera los sonidos del medio acuático.

En pausas respiratorias no se realiza por contingencia COVID-19 según protocolo el usuario no ingresa la cara al agua por el uso de careta durante la sesión terapéutica

Cambiar CDG hacia adelante/atrás (25cm) si  
Cambiar CDG hacia derecha/izquierda (25cm) si

Sentarse si

Ponerse de pie si

Acostarse si

Ponerse de pie desde posición de sentado si

Girar hacia la derecha si

Girar hacia la izquierda si

Girar y deslizarse / con CRS o CRT si

Balance estático y dinámico forma independiente  
desplazamiento de forma independiente

No se observan condiciones adversas para el inicio de sesión

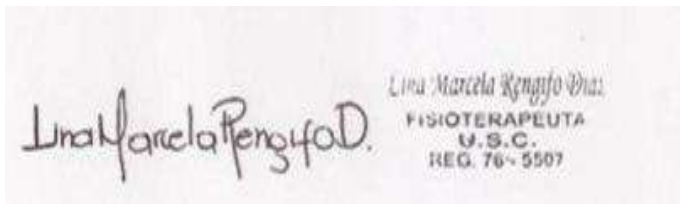
Objetivo de sesión: modular dolor y favorecer flexibilidad de tren inferior que facilite movilidad activa de articulación de rodillas bilateral y disminuye tensión e inflamación que facilite desplazamientos y actividades de la vida diaria. como estrategia de tratamiento se trabajan ejercicios activos de cadera y rodilla durante el desplazamiento vertical promoviendo estiramiento activo de isquiotibiales tensor y músculos aductores, se continúa con estiramientos de isquiotibiales mediante técnica de agua pilates y finaliza con bicicleta acuática favoreciendo movilidad activa de tren inferior durante 5 minutos

## Análisis

se trabaja a tolerancia, usuaria indica dolor a la movilidad de rodilla, tolera realizar ejercicios activos, transferencia de carga durante la marcha. mejora inflamación. refiere dolor de 4/10

## Plan

finaliza sin complicaciones



LINA MARCELA RENGIFO DIAZ - 76-5507

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

## Evolución-Sesión N° 3 Código: 6113441

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Línea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 29-01-2021 10:15:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-94418

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

## Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

## Subjetivo

Sesión 3. Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usuaría refiere dolor de 5/10 en articulación de rodillas bilateral. Llega tarde a sesión, indica inconvenientes laborales

## Objetivo

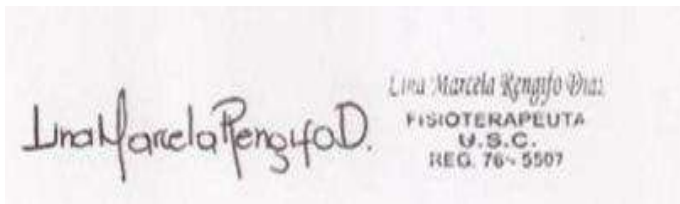
No se observan condiciones adversas para el inicio de sesión  
Como objetivo de sesión se propone favorecer propiocepción retroalimentando patrón de marcha  
Como estrategias de sesión se indican desplazamientos verticales en medio acuático indicando patrón anterior posterior y lateral y favoreciendo movilidad activa de rodillas, se continúa con marcha en talones y en punta de pies a tolerancia y finaliza con ejercicios de apoyo unipodal manteniendo activación de cadenas musculares extensoras de tren inferior y finaliza con estiramientos por grupos musculares

## Análisis

Usuaría tolera ejercicios logra mejorar alineamiento postural disminuyendo compensaciones lumbares, usuaria mantiene activación de tren inferior manteniendo estabilidad de cadera rodilla y tobillo, mejora activación de extensores de rodilla

## Plan

Se dan recomendaciones para realizar ejercicios de flexibilidad en casa y finaliza sin complicaciones



**LINA MARCELA RENGIFO DIAZ - 76-5507**  
**FISIOTERAPIA**  
**Se Firma Electrónicamente**

## Evolución-Sesión N° 4 Código: 6114438

**Nombre:** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
**Nombre Responsable :** JUAN TORRES  
**Punto Atención :** NEUROREHABILITACION  
**Línea Producto :** T. ACUATICA ADULTOS  
**Fecha Evolución:** 02-02-2021 10:15:00

**Identificación:** CC-31484077  
**Dirección :** 0  
**No Documento :** BC-94418  
**Estado :** CERRADO

**Teléfono :** 3226075912  
**Código Prestador :** 760010091501  
**Sede :** VILLA COLOMBIA

## Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

## Subjetivo

Sesión 4. Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de

## Objetivo

Objetivo terapéutico: modular el dolor ganar movilidad articular no dolorosa, ganar fuerza muscular de tren inferior disminuir retracciones musculares que le permita tolerar marcha en bípedo prolongada en sus actividades de la vida diaria. La sesión se realiza con actividad física de leve a moderada intensidad con resistencia tolerancia, marcha multidireccional, bicicleta acuática cinco minutos, ejercicios articulares activos de tren inferior cuatro series por 15 repeticiones, estiramientos activos por cadenas musculares énfasis tren inferior sostenido 10 segundos por 10 repeticiones, ejercicios de cadena cinética abierta 4 series por 15 repeticiones Marcha de puntas y talones de pies

chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. Llega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales

**Analisis**

La usuaria en la sesión trabaja con resistencia leve del agua lo tolera

**Plan**

Sin complicaciones la sesión finaliza estable sale de la piscina de forma independiente 11:00 am



**JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836**

**FISIOTERAPIA**

**Se Firma Electrónicamente**

**Evolución-Sesión N° 5 Código: 6136454**

**Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ**

**Nombre Responsable : JUAN TORRES**

**Punto Atención : NEUROREHABILITACION**

**Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS**

**Fecha Evolución: 05-02-2021 10:15:00**

**Identificación: CC-31484077**

**Dirección : 0**

**No Documento : BC-94418**

**Estado : CERRADO**

**Teléfono : 3226075912**

**Código Prestador : 760010091501**

**Sede : VILLA COLOMBIA**

**Diagnostico CIE10**

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

Sesión 4. Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. Llega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales

**Objetivo**

Sesión 4. Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. Llega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales

**Analisis**

Sesión 4. Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de

**Plan**

Sesión 4. Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de

rodillas bilateral. Llega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales

rodillas bilateral. Llega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales



**JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836**  
**FISIOTERAPIA**  
 Se Firma Electrónicamente

#### Nota Administrativa

Cancela sesión programada

### Evolución-Sesión N° 6 Código: 6138363

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
 Nombre Responsable : JUAN TORRES  
 Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
 Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
 Fecha Evolución: 09-02-2021 10:15:00

Identificación: CC-31484077  
 Dirección : 0  
 No Documento : BC-94418  
 Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
 Código Prestador : 760010091501  
 Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

Sesión 4. Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. Llega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales

#### Objetivo

Sesión 4. Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. Llega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales

#### Analisis

Sesión 4. Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. Llega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales

#### Plan

Sesión 4. Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. Llega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales



JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

## Nota Administrativa

NO ASISTE A SESION PORGRAMADA

## Evolución-Sesión N° 7 Código: 6139304

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 11-02-2021 10:15:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-94418

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

## Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

## Subjetivo

Sesión 5/ Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usuaría refiere dolor de 5/10 en articulación de rodillas bilateral. Llegó tarde a sesión, indica inconvenientes laborales

## Objetivo

Objetivo terapéutico de la movilidad articular no dolorosa en tren inferior, ganar fuerza muscular en tren inferior. Disminuir retracciones musculares de tren inferior, si literal usuaria tolera en marcha y bípedo prolongada de forma independiente en sus actividades de la vida diaria. La sesión se realiza con la actividad física de leve a moderada intensidad ejercicios articulares activos en tren inferior cuatro series por 15 repeticiones, ejercicios de cadena cinética abierta con resistencia del flotador cuatro series por 15 repeticiones, estiramientos activos por cadenas musculares énfasis tren inferior sostenido 10 segundos 10 repeticiones, Se finaliza con marcha multidireccional

## Análisis

La usuaria en la sesión trabaja con resistencia del agua y lo tolera

## Plan

Sin complicaciones la sesión finaliza estable sale de la piscina de forma independiente 11:00 am



JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

## Evolución-Sesión N° 8 Código: 6141314



Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
 Nombre Responsable : JUAN TORRES  
 Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
 Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
 Fecha Evolución: 16-02-2021 10:15:00

Identificación: CC-31484077  
 Dirección : 0  
 No Documento : BC-94418  
 Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
 Código Prestador : 760010091501  
 Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

Sesión 6/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. Llega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales

#### Objetivo

Objetivo terapéutico modular el dolor, ganar movilidad articular no dolorosa, de tren inferior, disminuir retracciones musculares de tren inferior, ganar fuerza muscular de tren inferior que le permita tolerar marcha y bípedo prolongado en sus actividades de la vida diaria y laborales. La sesión se trabaja con actividad de leve a moderada intensidad se comienza con marcha multidireccional marchan puntas y talones se trabaja con resistencia según el caso, se realizan ejercicios articulares activos cuatro series por 15 repeticiones, Estiramientos activos de tren inferior sostenido 15 segundos por 10 repeticiones, se realiza fortalecimiento muscular con ejercicios activos de técnica aquapilates cuatro series de 20 repeticiones en cadena cinética abierta.

#### Analisis

La usuaria manifiesta sentir mejoría el dolor a estado estable en la sesión trabaja con resistencia leve de flotación

#### Plan

Sin complicaciones la sesión finaliza estable sale de la piscina de forma independiente 11:00 am



JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836  
 FISIOTERAPIA  
 Se Firma Electrónicamente

### Evolución-Sesión N° 9 Código: 6142943

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
 Nombre Responsable : JUAN TORRES  
 Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
 Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
 Fecha Evolución: 18-02-2021 10:15:00

Identificación: CC-31484077  
 Dirección : 0  
 No Documento : BC-94418  
 Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
 Código Prestador : 760010091501  
 Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

Sesión 6/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas

#### Objetivo

Hoy la sesión la comenzamos con marcha multidireccional 4 vueltas a la piscina , ejercicios articulares activos 4 series por 15 repeticiones , estiramientos activos de tren inferior por cadenas musculares sostenidos 10 seg. por 10 repeticiones, Objetivo terapéutico modular el dolor, ganar movilidad articular no dolorosa, de tren inferior, disminuir retracciones musculares de tren inferior, ganar fuerza muscular de tren inferior que le permita

sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulación de rodillas bilateral. Llegó tarde a sesión, indica inconvenientes laborales

tolerar marcha y bípedo prolongado en sus actividades de la vida diaria y laborales

#### Analisis

Tolera la sesión con resistencia de flotación 1

#### Plan

Sin complicaciones la sesión finaliza estable sale de la piscina de forma independiente 11:45 am



**JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836**

**FISIOTERAPIA**

**Se Firma Electrónicamente**

### Evolución-Sesión N° 10 Código: 6143591

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Línea Producto : T. ACUÁTICA ADULTOS

Fecha Evolución: 19-02-2021 10:15:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-94418

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

#### Diagnostico CIE10

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

#### Subjetivo

Sesión 7/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulación de rodillas bilateral. Llegó tarde a sesión, indica inconvenientes laborales

#### Objetivo

El objetivo de la terapia ganar fuerza muscular de miembro inferior Ganar estabilidad articular y alineación articular que le permita tolerar marcha y bípedo prolongado en sus actividades de la vida diaria La sesión de hoy se comienza con marcha multidireccional, estiramientos activos por cadenas musculares énfasis en miembros inferiores ejercicios articulares activos 4 x 15 repeticiones ejercicios activos con resistencia de flotación cuatro series por 15 repeticiones se finaliza con bicicleta acuática cinco minutos

#### Analisis

Tolera las actividades propuestas con resistencia moderada de flotación

#### Plan

Sale de la piscina de forma independiente sin complicaciones en la sesión 11:00 am



JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

**Evolución-Sesión N° 11 Código: 6145296**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS

Fecha Evolución: 23-02-2021 10:15:00

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-94418

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

**Diagnostico CIE10**

|                          |  |                            |                       |
|--------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

Sesión 9/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. Usuario refiere dolor de 5/10 en articulación de rodillas bilateral. Llega tarde a sesión, indica inconvenientes laborales

**Objetivo**

sesión de hoy se comienza con la actividad física de moderada intensidad marcha multidireccional patadas en el agua, cuatro vueltas en la piscina, estiramientos activos por cadenas musculares énfasis en tren inferior, ejercicios activos de cadena cinética abierta con resistencia de flotación cuatro series por 15 repeticiones se finaliza con ejercicios articulares activos cuatro series de 15 repeticiones objetivo de la terapia ganar fuerza muscular de miembro inferior Ganar estabilidad articular y alineación articular que le permita tolerar marcha y bipedo prolongado en sus actividades de la vida diaria

**Analisis**

Tolera las actividades propuestas con resistencia leve de 1 flotador en cada pie

**Plan**

Sale de la piscina de forma independiente sin complicaciones en la sesión 11:00



JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836

FISIOTERAPIA

Se Firma Electrónicamente

**Evolución-Sesión N° 12 Código: 6146912**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : NEUROREHABILITACION

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-94418

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501



Línea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
Fecha Evolución: 25-02-2021 10:16:00

Estado : CERRADO

Sede : VILLA COLOMBIA

## Diagnostico CIE10

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Impresión Diagnostica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico                                 | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

## Subjetivo

Sesión 9/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. LLega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales

## Objetivo

Sesión 9/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. LLega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales

## Analisis

Sesión 9/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. LLega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales

## Plan

Sesión 9/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usaria refiere dolor de 5/10 en articulacion de rodillas bilateral. LLega tarde a sesion, indica inconvenientes laborales



JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836  
FISIOTERAPIA  
Se Firma Electrónicamente

## Nota Administrativa

No asiste a la sesión informa que tuvo un inconveniente dos horas antes de su cita

## Evolución-Sesión N° 13 Código: 6147669

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Nombre Responsable : JUAN TORRES  
Punto Atención : NEUROREHABILITACION  
Línea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
Fecha Evolución: 26-02-2021 10:15:00

Identificación: CC-31484077  
Dirección : 0  
No Documento : BC-94418  
Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
Código Prestador : 760010091501  
Sede : VILLA COLOMBIA

## Diagnostico CIE10

|                      |  |                          |  |
|----------------------|--|--------------------------|--|
| <b>Dx Principal:</b> | (Y66X) NO ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA Y | <b>Tipo Diagnostico:</b> |  |
|----------------------|--|--------------------------|--|

|                   |                             |                     |                       |
|-------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------|
|                   | QUIRURGICA                  |                     | Impresión Diagnostica |
| Dx Relacionado 1: | Sin seleccionar Diagnostico | Finalidad Consulta: | No aplica             |
| Dx Relacionado 2: | Sin seleccionar Diagnostico | Causa Consulta:     | Enfermedad general    |

Subjetivo

Sesión 9/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuatico. . Usuaría refiere dolor de 5/10 en articulación de rodillas bilateral. Llega tarde a sesión, indica inconvenientes laborales

Objetivo

Sesión 9/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuatico. . Usuaría refiere dolor de 5/10 en articulación de rodillas bilateral. Llega tarde a sesión, indica inconvenientes laborales

Analisis

Sesión 9/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuatico. . Usuaría refiere dolor de 5/10 en articulación de rodillas bilateral. Llega tarde a sesión, indica inconvenientes laborales

Plan

Sesión 9/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuatico. . Usuaría refiere dolor de 5/10 en articulación de rodillas bilateral. Llega tarde a sesión, indica inconvenientes laborales



JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836  
FISIOTERAPIA  
Se Firma Electrónicamente

Nota Administrativa

No asiste a sesión programada

Evolución-Sesión N° 14 Código: 6149328

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
Nombre Responsable : JUAN TORRES  
Punto Atención : NEUOREHABILITACION  
Linea Producto : T. ACUATICA ADULTOS  
Fecha Evolución: 02-03-2021 10:15:00

Identificación: CC-31484077  
Dirección : 0  
No Documento : BC-94418  
Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912  
Código Prestador : 760010091501  
Sede : VILLA COLOMBIA

Diagnostico CIE10

|                   |  |                     |                       |
|-------------------|--|---------------------|-----------------------|
| Dx Principal:     | (S822) FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | Tipo Diagnostico:   | Impresión Diagnostica |
| Dx Relacionado 1: | Sin seleccionar Diagnostico                | Finalidad Consulta: | No aplica             |
| Dx Relacionado 2: | Sin seleccionar Diagnostico                | Causa Consulta:     | Enfermedad general    |

**Subjetivo**

Sesión 10/10 de Hora: 10:15 A.M - PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ con diagnostico de FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA, asiste a Terapia Acuática, ingresa deambulando por sus propios medios sin acompañante. Usuario(a) indica no presentar síntomas como dificultad para respirar, secreciones, fiebre, tos seca, fatiga, dolor, fatiga o cansancio muscular, e igualmente refiere no haber estado en contacto con personas sospechosas o confirmadas con Covid-19. Durante la sesión se hace uso del elemento de bioseguridad: careta, se mantiene distanciamiento social y se hace lavado de manos como lo establece el protocolo de Fundación IDEAL. Se realiza lista de chequeo encontrándose en buenas condiciones para ingresar al medio acuático. . Usuaría refiere dolor de 5/10 en articulación de rodillas bilateral. Llegó tarde a sesión, indica inconvenientes laborales

**Analisis**

Usuaría finaliza 10 sesiones de terapias acuáticas  
 Si evolución a la fecha  
 Usuaría manifiesta que se sintió mejor con las terapias el dolor disminuyó  
 Presenta dolor articular rodillas 5/10 en la marcha subir y bajar escaleras  
 La  
 Movilidad articular de rodilla flexión 0-100 grados extensión 100-0 grados  
 La fuerza muscular cuádriceps 4-/5 aductor e isquiotibiales 3+/5 tensor fascia lata 4/5  
 Presenta retracciones musculares leves en tren inferior  
 Marcha con leve cojera  
 Pendiente control médico

**Objetivo**

objetivo de la terapia ganar fuerza muscular de miembro inferior  
 Ganar estabilidad articular y alineación articular que le permita tolerar marcha y bipedo prolongado en sus actividades de la vida diaria Durante la sesión se trabaja con marcha multidireccional rápida, ejercicios articulares activos cuatro series para 15 repeticiones, estiramientos activos por cadenas musculares desplazándose en la piscina, ejercicios activos isocinéticos 4 series x 15 repeticiones con resistencia de flotación

**Plan**

Sin complicaciones la sesión finaliza estable sale de la piscina de forma independiente 11:00 am



The image shows a handwritten signature in blue ink on the left. To the right is a rectangular professional stamp. The stamp contains the text: 'Jully Andrea Reyes G.' in a stylized font, followed by 'Fisioterapeuta' in a smaller font, 'Reg. 76 - 2836' in a bold font, and 'F.M.C.' at the bottom.

**JULLY ANDREA REYES GUTIERREZ - 76-2836**  
**FISIOTERAPIA**  
**Se Firma Electrónicamente**

**PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ**

F.Nacimiento : 1980-09-16

Edad : 38 Año(s) - 8 Mes(es)

CC-31484077

Género : femenino

Dirección : CR 13 # 44 03 CHAPINERO

Móvil : 3206799314

Teléfono : 3206799314-  
3226075912E-mail :  
PAFELO80@HOTMAIL.COMFecha Atención : 21-05-2019  
10:01:35

Entidad : EPS SURA

**FUNDACION IDEAL**

890308493-0

CALLE 50 No 10A-08 VILLA COLOMBIA  
4863732 - 3164825623

Fecha Impresión: 2021-10-05- 19:21:25 PM

Usuario: JOHANA

**Historia Código: 3110960**

Nombre: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Nombre Responsable : JUAN TORRES

Punto Atención : CONSULTA EXTERNA

Linea Producto : EV. FISIATRIA

Identificación: CC-31484077

Dirección : 0

No Documento : BC-70179

Estado : CERRADO

Teléfono : 3226075912

Código Prestador : 760010091501

Sede : VILLA COLOMBIA

**EVALUACION INTEGRAL I.D.E.A.L****► I. IDENTIFICACION GENERAL DEL USUARIO Y CONDICIÓN ACTUAL****DATOS GENERALES****Nivel de Escolaridad**

TECNICA

**Usuario cabeza de familia**

No

**Ocupación**

Empleado Tiempo Completo

**Observación****Dominancia**☒ Izquierda☐ Derecha**MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR

**CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL (ENFERMEDAD ACTUAL)**

DOLOR DE HOMBRO IZQUIERDO, REFERIDO A POR LA CARA EXTERNA HASTA LA MANO DESPUÉS DE FRACTURA DE CABEZA DE HUMERO, SE HIZO REDUCCION CERRADA CON AUMENTA CON LA MOVILIDAD, CALMA CON AINES. RX DE ARTICULACION DE HOMBRO MUESTRA CAMBIOS DE ARTROSIS SOBE LA CABEZA HIEMRAL Y MATERIAL DE OTS BIEN UBICADO.

**Expectativa del Usuario/Cuidador**

EVALUACION

**Antecedentes Personales**HIPOGLICEMA  
LINFEDEMA**Antecedentes Familiares**

DIABETES HTA

**EXAMEN FISICO****Presenta Dolor?**☒ Si☐ No**Ubicación del dolor**

HOMBRO

Califíque su dolor actual de 1 a 10

| 0  | 1 | 2   | 3 | 4   | 5 | 6   | 7 | 8   | 9 | 10   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| SIN DOLOR  |   | DOLOR LEVE  |   | DOLOR MODERADO  |   | DOLOR SEVERO  |   | DOLOR MUY SEVERO  |   | MÁXIMO DOLOR   |
|  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> 1            | <input type="radio"/> 2  |
| <input type="radio"/> 3            | <input type="radio"/> 4  |
| <input checked="" type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6  |
| <input type="radio"/> 7            | <input type="radio"/> 8  |
| <input type="radio"/> 9            | <input type="radio"/> 10 |

**Signos Vitales**

F/C : Frecuencia Cardíaca P/A : Perímetro Cefálico IMC: Índice de Masa Corporal

F/R : Frecuencia Respiratoria P(Kg) : Peso

T/A (MmHg) : Tensión Arterial T (Mt) : Talla

| F/C | F/R | T/A | P/C | P  | Talla | IMC |
|-----|-----|-----|-----|----|-------|-----|
| 0   | 0   | 0   | 0   | 82 | 0     | 0   |

HTA: --

Clasificación:

Riesgo:

**Estado General**

BUENO

**Sistema Cardiorespiratorio**

No soplos

**Otras características del dolor****Otros****Sistema Fonoarticular**

Funcionalidad Conservada

**Otros****Sistema Tegumentario**

INDMENE

**Sistema Neuromusculoesquelético****Arcos de Movilidad Articular**

ROTACION IZQUIERDA MENOS DE 30 GRADOS EN ROT. INTERNA

**Reflejos de Estiramiento Muscular**

++

**Tono Muscular (Resultado Escala ASHWORTH Modificada)****Observaciones**

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> 0  | <input type="radio"/> 1 |
| <input type="radio"/> 1+ | <input type="radio"/> 2 |
| <input type="radio"/> 3  | <input type="radio"/> 4 |

**Fuerza Muscular**

5/5

**Sensibilidad**

ASISTE CON LA MADRE Y EL TIO, DICEN QUE TIENE UN PROBLEMA EN EL PIE. CON DX TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA ( TAE.) .NO RECIBE MEDICAMENTOS. DICE LA MADRE QUE TIENE ORDEN DE TERAPIAS ABA ORDENADAS POR NEUROPEDIATRIA DIARIAS 4 H. NO HA RECIBIDO TERAPIAS. DESDE HACE 3M OBSERVA QUE SE CAE CON FRECUENCIA Y HACE VALGO DE PIE DERECHO.

**Pares Craneales**

Sin alteraciones

**Reflejos Patológicos**

## Otros Hallazgos

NO SIGNOS DE PINZAMIENTO SUBACROMIAL IZQ.

## DIAGNOSTICO FUNCIONAL

|                          |                                       |                            |                    |
|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (T921) SECUELAS DE FRACTURA DEL BRAZO | <b>Tipo Diagnostico:</b>   | Diagnostico Nuevo  |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnostico           | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica          |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnostico           | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general |

## Analisis y plan de manejo

PACIENTE CON SECUELAS DE LESION ANTIGUA DE HOMBRO IZQUIERDO HACE 5 AÑOS , NO ES CANDIDATA MANEJO REHABILITADOR.  
SE ENVIA A CONCEPTO DE ORTOPEDIA.  
ALTA POR FISIATRIA

## Objetivos

....

## ► D. DESCRIPCIÓN Y VALORACIÓN DE FUNCIONES Y ESTRUCTURAS SEGÚN CIF

DESCRIPCION Y VALORACION DE FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES SEGUN CIF

## ► E. EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES Y PARTICIPACION Y FACTORES AMBIENTALES

Evaluación de Actividades y participación

Escala de Niños

## ► A. ANÁLISIS (PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL)

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

OBJETIVO RETADOR (Concertado entre usuario-familia y equipo rehabilitador)

Metas (a 3 meses): Seleccione las areas a intervenir

- ☐ Participacion en actividades del hogar
- ☐ Participacion en actividades educativas formales(escuela y educacion tecnica-superior)
- ☐ Participacion en actividades sociales y de la comunidad
- ☐ Participacion en actividades de ocio y tiempo libre
- ☐ Participación en actividades laborales

Metas (Señalar meta mas relevante por area de intervencion)

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE ACUERDO A LA PARTICIPACION (Enumere el más relevante por área de intervención):

Historia clinica contiene información sensible?

☐ SI ☐ NO

El usuario cumple con los criterios para realizar evaluación integral IDEAL ?

☐ SI ☐ NO

El paciente tiene dificultades mentales y comportamientos disruptivos.?

☐ SI ☐ NO.

El paciente tiene malnutrición o desnutrición.?

☐ SI. ☐ NO.

El paciente es categorizado como un paciente crítico.?

☐ SI. ☐ NO.

El paciente de acuerdo a su patología podría tener riesgo de escaras.?

☐ SI. ☐ NO.

El paciente tiene riesgo de saturación de oxígeno.?

☐ SI. ☐ NO.

Si la respuesta es NO.

¿POR QUE?

Observaciones:

Observaciones.

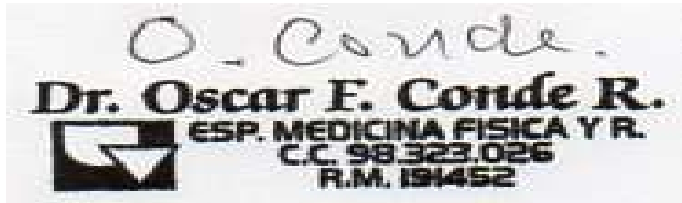
Justifique.

Observaciones.

Observaciones.

► L. LOGROS ADQUIRIDOS Y DIFICULTADES DEL PROCESO

Este componente se diligenciara a partir de la re-evaluación



OSCAR FERNANDO CONDE REALPE - 191452

MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Se Firma Electrónicamente



**PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ**

F.Nacimiento : 1980-09-16

Edad : 39 Año(s) - 5 Mes(es)

CC-31484077

Género : femenino

Dirección : CR 13 # 44 03 CHAPINERO

Móvil : 3206799314

Teléfono : 3206799314-3226075912

E-mail :  
PAFELO80@HOTMAIL.COMFecha Atención : 27-02-2020  
09:47:25

Entidad : EPS SURA

**FUNDACIÓN IDEAL**  
Para la rehabilitación integral  
"Julio H. Calonge"

NDP  
CENTERS OF EXCELLENCE

**FUNDACION IDEAL**  
890308493-0  
CALLE 50 No 10A-08 VILLA COLOMBIA  
4863732 - 3164825623

Fecha Impresión: 2021-10-05- 19:22:28 PM

Usuario: JOHANA

**Historia Código: 3292791****Nombre:** PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ**Identificación:** CC-31484077**Nombre Responsable :** JUAN TORRES**Dirección :** 0**Punto Atención :** CONSULTA EXTERNA TERAPIAS**No Documento :** BC-81379**Teléfono :** 3226075912**Línea Producto :** EV.CONSULTA PSICOLOGIA**Estado :** CERRADO**Código Prestador :** 760010091501**Sede :** VILLA COLOMBIA**Motivo consulta**

"Tuve un accidente e tránsito, me he sentido muy deprimida"

**Enfermedad actual**

No trae reporte médico. Refiere que los 3 primeros meses después del accidente se sentía bien, pero en el último mes se ha deprimido, no duerme, con llanto frecuente. Se descompensa porque cree que no va a quedar caminando normal, no va a poder jugar con su hija de dos años y además su pierna tiene "cicatrices y huecos". Indica que ha estado irritable, de malgenio. Siente dolor al caminar, "no duro más de 10 minutos parada". Indica sentirse tensionada todo el tiempo.

**Antecedentes :**

Usaria de 39 años, proveniente de Cali, técnico en Servicios Farmacéuticos, actualmente incapacitada. No convulsiones, hipoglicemia, no medicamentos. Accidente de tránsito en Octubre de 2019 conduciendo moto. Presentó fracturas en ambas rodillas y tibia, afectación en labio superior. No pensamientos de muerte, socialmente aislada.

**Datos Familiares :**

Vive con sus padres Marino de 80 años, pensionado, y Adiel de 65 años, con su hermano David de 26 años, músico. Durante el día está su hija Victoria de 2 años. Casada con Juan de 50 años, conductor. El vive con una hermana y con su hija en las noches. Percibe relación de pareja estable. Percibe apoyo de su pareja y de sus padres, "pero me da pena con ellos porque yo debería estar ayudándoles"

**Instrumentos :****Resultados Cuantitativos :**

Entrevista estructurada.

NA.

**Análisis Clínico :**

Usaria de 39 años que ingresa apoyada en dos muletas. A la valoración se muestra orientada, coherente, euproséxica, con tono afectivo triste. Presenta conducta de ansiedad y depresión posterior a reconocimiento de pérdida funcional de miembros inferiores, tras accidente de tránsito ocurrido en el mes de Octubre del 2019.

**Impresión Diagnóstica :**

No.

**Diagnóstico CIE10**

|                          |   |                            |                       |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| <b>Dx Principal:</b>     | (R458) OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL ESTADO EMOCIONAL | <b>Tipo Diagnóstico:</b>   | Impresión Diagnóstica |
| <b>Dx Relacionado 1:</b> | Sin seleccionar Diagnóstico                                       | <b>Finalidad Consulta:</b> | No aplica             |
| <b>Dx Relacionado 2:</b> | Sin seleccionar Diagnóstico                                       | <b>Causa Consulta:</b>     | Enfermedad general    |

**Recomendaciones****Objetivos De La Intervencion :**

Apoyar manejo adecuado de: autoimagen, autoestima, proceso de duelo, habilidades adaptativas

**Plan a Seguir :**

Psicología individual 5 sesiones  
Programar una sesión semanal

**Observaciones:**

La usuaria diligencia consentimientos terapéutico y de confidencialidad de historia

**Alérgicos y Riesgo de Caídas**

No alergias. Riesgo de caídas porque anda en muletas y tiene debilidad en las piernas

**Historia Clínica contiene datos sensibles?**☒ SI☐ NO



Tito Javier Ortega O.  
PSICOLOGO U VALLE RG. 18569  
MASTER EN  
TERAPIA FAMILIAR



---

**TITO JAVIER ORTEGA ORDOÑEZ - 18569**  
**PSICOLOGIA**  
**Se Firma Electrónicamente**

---

Santiago de Cali 27 de julio del 2021



**CONSTANCIA DE ASISTENCIA  
POR URGENCIA A CONSULTA ODONTOLOGIA**

Se hace constancia de que la señora **Paola Fernanda Iozano Ramírez**, identificada con N° **31.484.077** asiste a consulta el día 23 de diciembre del 2019 e ingresa al consultorio en silla de ruedas, con acompañante quien a causa de un accidente de tránsito presenta un trauma dental y labial, al examen clínico se observa fractura de tercio medio en diente 22, y también presenta una línea de fractura por el tercio medio de manera vertical del diente 21, se procede a realizar pruebas de sensibilidad a lo cual responde positivamente, sin embargo la paciente no presenta dolor hasta el momento en diente 21, se le explica el plan de tratamiento para el diente 22 y se decide realizar carilla en resina color A-2 de Ivoclar Vivadent, se realiza ajuste de oclusión y pulido final, se dan recomendaciones de cuidado y se le informa que debe asistir a control en 6 meses, paciente entiende y sale de la consulta con ayuda de su acompañante.

Dirigido a quien pueda interesar.

*[Handwritten signature]*

Firma del especialista

*Dra. Lizeth Camargo*  
 Odontología General  
Reg. 76-7319

# RECIBO DE CAJA MENOR

FORMA 04 - 2002

|                   |                                  |     |           |
|-------------------|----------------------------------|-----|-----------|
| FECHA             | Marzo 1 / 2020                   | No. |           |
| PAGADO A          | Solanyi Capcedo                  | \$  | 1.200.000 |
| POR CONCEPTO DE   | Prestación de Servicios          |     |           |
|                   | Cuidado en Casa de enero 31/2020 |     |           |
|                   | hasta Marzo 1 / 2020             |     |           |
| VALOR (en letras) | Millon Doscientos mil pesos.     |     |           |
| CÓDIGO            | FIRMA DE RECIBIDO                |     |           |
|                   | Solanyi A. Capcedo               |     |           |
| APROBADO          | AUXILIAR ENFERMERIA              |     |           |
|                   | 1144149415                       |     |           |
|                   | Res: 760191                      |     |           |

# RECIBO DE CAJA MENOR

FORMA 04 - 2002

|                   |                                   |     |           |
|-------------------|-----------------------------------|-----|-----------|
| FECHA             | Enero 29 / 2020                   | No. |           |
| PAGADO A          | Solanyi Caicedo                   | \$  | 1.200.000 |
| POR CONCEPTO DE   | Prestación de Servicios           |     |           |
|                   | cuidado en casa desde Diciembre   |     |           |
|                   | 30 de 2019 hasta enero 30 de 2020 |     |           |
| VALOR (en letras) | Millon Doscientos mil pesos.      |     |           |
| CÓDIGO            | FIRMA DE RECIBIDO                 |     |           |
|                   | Solanyi A. Caicedo                |     |           |
| APROBADO          | AUXILIAR ENFERMERIA               |     |           |
|                   | 1144149415                        |     |           |
|                   | C.C./NIT 1144149415 Res: 760191   |     |           |



# RECIBO DE CAJA MENOR

FORMA 04 - 2002

|                   |                                  |            |               |
|-------------------|----------------------------------|------------|---------------|
| FECHA             | Diciembre 29/2019                | No.        | DO2           |
| PAGADO A          | Solanyi Carcedo                  | \$         | 1.200.000     |
| POR CONCEPTO DE   | Prestación de Servicios          |            |               |
|                   | cuidado en casa desde NOV. 29/19 |            |               |
|                   | hasta Diciembre 29/2019          |            |               |
| VALOR (en letras) | Millon Doscientos mil pesos      |            |               |
| CÓDIGO            | FIRMA DE RECIBIDO                |            |               |
|                   | Solanyi A. Carcedo               |            |               |
| APROBADO          | AUXILIAR ENFERMERIA              |            |               |
|                   | Solanyi Alexandra Carcedo        |            |               |
|                   | C.C./NIT                         | 1144149415 | Resto: 760191 |

# RECIBO DE CAJA MENOR

FORMA 04 - 2002

|                                    |   |     |           |
|------------------------------------|---|-----|-----------|
| FECHA                              | Noviembre 28 / 2019                                   | No. | 001       |
| PAGADO A                           | Solanyi Caicedo                                       | \$  | 1.200.000 |
| POR CONCEPTO DE                    | Prestación de Servicios                               |     |           |
| Cuidado en Casa desde el 28 de     |   |     |           |
| Octubre hasta noviembre 28 / 2019. |   |     |           |
| VALOR (en letras)                  | Millón Doscientos mil pesos                           |     |           |
| CÓDIGO                             | FIRMA DE RECIBIDO                                     |     |           |
| APROBADO                           | Solanyi A. Caicedo<br>AUXILIAR ENFERMERIA<br>C.C./NIT |     |           |

Resolución: 760191



NIT. 890.328.769 - 3 REGIMEN COMUN  
Responsables retefuente Industria y Comercio  
Código: 307 - tarifa 10 x 1.000  
**FACTURA DE VENTA No. P504614**  
IMPRESA POR COMPUTADOR RESOLUCIÓN DIAN No. 18762008467603  
PREFIO: P - AUTORIZACION DE FACTURAS DEL 453780 AL 800000  
Vigencia del 30-05-2018 hasta 30-05-2020

Sucursal: PRINCIPAL

Fecha: 24-01-2020 Tipo de Factura: Contado Movil:

Cliente: Lozano Marino (71324)

Cédula: 2939852

Cr 11f 38-86, El Troncal - Cali Tels.

3206799314,3163736799

Paciente: Paola Fernanda Lozano Ramirez (113251)

Cédula 31484077

Cr 11f 38-86, El Troncal - Cali Tels.

3206799314,3163736799

Observaciones: Se Hace Ri No Va A Continuar Con El Alquiler

| Conc. | Descripción del Concepto    | Unidad | Cantidad | Precio   | Total    | IVA   |
|-------|-----------------------------|--------|----------|----------|----------|-------|
| AS1   | Alquiler Silla De Ruedas St | Día    | 6.00     | 1,344.50 | 8,067    | 1,533 |
|       |                             |        |          |          | Totales: | 8,067 |
|       |                             |        |          |          |          | 1,533 |

Alquileres

Base IVA: \$ 8,067 Total Factura: \$ 9,600

| Artículo           | Número   | Desde    | Hasta    |
|--------------------|----------|----------|----------|
| SILLA DE RUEDAS ST | M-727-S1 | 19-01-20 | 24-01-20 |

Fecha Compromiso: Viernes 24 de Enero del 2020 3:54 pm

Elaboró: KAREN VIVIANA LADINO SUAREZ el Viernes 24 de Enero del 2020 9:54 am

www.grupooxi.com info@grupooxi.com  
Ver condiciones al respaldo

Página 1/1  
Autoriza: Firma \_\_\_\_\_  
Cédula \_\_\_\_\_

Tels.: PBX: 524 2702 - 486 6676 - Cel.: (315) 689 6346 ☎ 315 612 9450 E-mail: oximed@grupooxi.com - www.grupooxi.com.co



## **REGLAMENTO PARA SERVICIO DE OXIGENO Y ALQUILER DE EQUIPOS HOSPITALARIOS**

- 1 Los equipos entregados en alquiler, son de propiedad exclusiva de OXIMED CLINAPAL LTDA., y el usuario se compromete a devolverlos en buen estado en el momento en que la empresa lo exija y utilizarlos de acuerdo con las instrucciones del Médico.
- 2 Los alquileres de equipos para oxígeno deben estar al día, para que las solicitudes de despacho puedan ser atendidas.
- 3 Los alquileres de equipos hospitalarios (cama, silla de ruedas, muletas, caminadores, etc.), son 30 días y deben pagarse ANTICIPADAMENTE.
- 4 En caso de cambio de domicilio, el usuario tiene la obligación de informar a OXIMED CLINAPAL LTDA., con el fin de que sus datos estén actualizados y su solicitud pueda ser atendida oportunamente.
- 5 OXIMED CLINAPAL LTDA., no se responsabiliza por accidentes que se puedan causar por manipulación indebida y el mal manejo del equipo. Las normas de seguridad sobre oxígeno deben ser cumplidas cuidadosamente.
  - NO FUME EN EL SITIO DONDE SE ADMINISTRE OXÍGENO
  - NO COLOQUE CERCA AL CILINDRO FUENTES DE CALOR QUE PUEDAN PRODUCIR CHISPAS
  - NO USE GRASA NI ACEITE EN LAS MANOS, MIENTRAS TRABAJE CON OXÍGENO
  - LIMPIE LA GRASA DE LA CARA DEL PACIENTE, ANTES DE SUMINISTRARLE OXÍGENO
- 6 Los equipos se recogen previa llamada telefónica del Cliente.
- 7 Los elementos desechables (cánula, mascarilla, kit de nebulización, sondas de aspiración, etc.), son para uso exclusivo del paciente. NO se debe usar con otras personas.
- 8 Haga su pedido de oxígeno cuando el regulador marque 500 LIBRAS de presión. NO ESPERE A QUE EL OXÍGENO SE AGOTE
- 9 La Empresa se reserva el derecho de descontar del depósito: cualquier valor que se le adeude por alquileres y/o servicio de reparaciones.
- 10 OXIMED CLINAPAL LTDA., NO hace devolución de dinero una vez recibido el equipo a satisfacción del cliente
- 11 Conserve el original del recibo del depósito para la Devolución.
- 12 Los depósitos por mí establecidos, no causan a OXIMED CLINAPAL LTDA., ningún valor por concepto de intereses por mora, etc.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que al firmar acepto condiciones y autorizaciones a Oximed Clinapal Ltda., para que los datos personales suministrados por mí en virtud del servicio solicitado, sean tratados conforme a los principios y deberes definidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia.

Para ampliar la información referente a la Política de Tratamiento de Datos, consulte nuestra página web  
<https://www.grupooxi.com.co/politica-de-tratamiento-de-datos/>

**PRINCIPAL:** Calle 26 Norte No. 3AN - 35 • **SUCURSAL:** Avenida Roosevelt No. 47 - 16 - Cali  
**ARMENIA:** 735 7992 - **BUGA:** 489 3379 - **PALMIRA:** 285 6135 - **PEREIRA** 340 0664 - **TULUÁ:** 460 8348

# RECIBO DE EQUIPOS

CODIGO

GL-FT-SGC-01

Versión: 02

FECHA: 16/07/2018

Clle 26 Norte N°3 AN -35 Cali  
PBX: 2-5242702 4866676 Cel: 315-6896346  
Sursursal: Av Roosevelt N° 47-16 Cali  
Email: oximed@grupooxi.com.  
Nit 890328769-3

**Suministro de Soluciones  
Hospitalarias**

**Nº 287910**

Fecha: 24-1-20 Código: 125500  
Nombre del Paciente: Paola Icardi CC: 113251  
Dirección: Teléfono:  
Nombre del Cliente:

| P | Número de Serial | Artículo | P | Número de Serial | Artículo |
|---|------------------|----------|---|------------------|----------|
|   | 727              | 51       |   |                  |          |
|   |                  |          |   |                  |          |
|   |                  |          |   |                  |          |
|   |                  |          |   |                  |          |
|   |                  |          |   |                  |          |
|   |                  |          |   |                  |          |
|   |                  |          |   |                  |          |
|   |                  |          |   |                  |          |
|   |                  |          |   |                  |          |
|   |                  |          |   |                  |          |

P: Propiedad (C: Cliente, M: Oximed)

Recibido Por:

Entregado Por:

Nota: Después de 60 días no se responde por artículos de cliente recibidos para mantenimiento.

DIETI PHILIPINO MIT 6057429-3 CEL: 312 8891524 CALL



FUNDACIÓN IDEAL

FUNDACION IDEAL

890308493-0

CALLE 50 No 10A-08 VILLA COLOMBIA

4863732 - 3164825623

Nombre Afiliado **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ**  
No Identificación **CC-31484077**  
Fecha Nacimiento **1980-09-16-39 Año(s)**  
Tipo Afiliado **COTIZANTE-R1** Teléfono **3206799314-322607591**  
Dirección Afiliado **CR 13 # 44 03 CHAPINERO-CALI**  
Entidad Pagadora **PARTICULAR**

Fecha del Documento : 2020-02-27 09:32:18 AM

Sede :

VILLA COLOMBIA - CONSULTA EXTERNA  
TERAPIAS

RECIBOS DE CAJA No. **BC - 7401**

No Autorización  
Fecha Vencimiento **2020-04-27**  
Fecha Ingreso Paciente **2020-02-27 09:32:18 AM**  
Fecha Egreso Paciente **2020-02-27 09:32:18 AM**  
NIT Entidad Pagadora **999999-1**

| Forma Pago | Vlr        | Total Atención                                 | Iva | C Moderadora/Copago/Franquicia | Cargo Entidad |
|------------|------------|--|-----|--------------------------------|---------------|
| EFFECTIVO  | \$3,400.00 | \$3,400.00                                     | -   | \$3,400.00                     | \$0.00        |
|            | \$3,400.00 | son: TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS (00/100) M/C |     |                                |               |

Observaciones :

Firma del Afiliado \_\_\_\_\_

No. Identificación \_\_\_\_\_

Elaboró **MAYRA ALEJANDRA OTERO COLLAZOS**

No. de facturas de venta autorizadas según Autorización Numeración de Facturación DIAN 18762004285983 del 2017-08-03 12:00:00 AM del  
Número BC-100001 al BC-200000

Fecha Impresión: 2020-02-27 09:32:51 AM

Estado del Documento: **CERRADO**

Documento Copia

SQLSimens® [www.sqlsimens.com](http://www.sqlsimens.com)

Referencia : T-80792



11



10



DIA

AÑO

12

23

19

Paola Ida Lozano

TEL.

**DIRECCION**

| CANT.   | DESCRIPCION    | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|----------------|--------------|-----------|
|         | Cita Control X |              | 21,000    |
|         | Ortopedia      |              |           |
|         | Transporte     |              |           |
|         | Ida y Vuelta   |              |           |
|         |                |              |           |
|         |                |              |           |
|         |                |              |           |
|         |                |              |           |
|         |                |              |           |
|         |                |              |           |
|         |                |              |           |
|         |                |              |           |
|         |                |              |           |
|         |                |              |           |
|         |                |              |           |
|         |                |              |           |
| RECIBI. | TOTAL \$       |              | 21,000    |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



11

AÑO

01

6

2020

Paola Fda Lirio TEL.

TEL.

[illegible]**TOTAL \$**

18000

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



114

AÑO

10

25

19

Paola Fedorova TEL.

TEL.

**CANT.**

**DESCRIPCION**

VR. UNITARIO

VR. TOTAL

## Transporte

RadCapO

Incapacidade

Ida y Vuelta

May Octobre. - novembre

RECIBI.

**TOTAL \$**

18000.

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**





## CUENTA DE COBRO

11

**PEDIDO**

11

## COTIZACIÓN



## REMISIÓN

11

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| MES | DIA | AÑO |
|     |     |     |

**CLIENTE**

TEL.

Paula Fda Lora TEL.

DIRECCION

Enero 13/2020

[illegible]

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



11

11



11

AÑO

19

TEL.

Paola Fida Lorenzini TEL

| CANT.   | DESCRIPCION                                 | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|---|--------------|-----------|
| 1       | Transporte llevar<br>Documento<br>a bogado. |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
|         |   |              |           |
| RECIBI. | TOTAL \$                                    |              | 20.000.   |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**

### CUENTA DE COBRO

11

**PEDIDO**

11

## COTIZACIÓN



## REMISIÓN

10

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| MES | DIA | AÑO |
| 12  |     | 19  |

CLIENTE

Paola Fida Lorenzini

TEL.

**DIRECCION**

| CANT.   | DESCRIPCION                   | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|-------------------------------|--------------|-----------|
|         | Radicado de<br>Incapacidad    |              | 24000     |
|         | Gestiones y<br>cobranzas SAS. |              |           |
|         | Transporte                    |              |           |
|         | Ida y Vuelta                  |              |           |
|         |                               |              |           |
|         |                               |              |           |
|         |                               |              |           |
|         |                               |              |           |
|         |                               |              |           |
| RECIBI. | TOTAL \$                      |              | 24000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**







11



AÑO

01

25

202

Paola Fide Lorenzo

TEL. 3206 799314

Cra 11/17 #38-80

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|--------------------|--------------|-----------|
| 1       | Silla de Ruedas    |              | 50000     |
| 1       | Alquiler Caminador |              | 30000     |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
| RECIBI. | TOTAL \$           |              | 80000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



## CUENTA DE COBRO

11

**PEDIDO**

## COTIZACIÓN

11

## REMISIÓN

10

|     |     |      |
|-----|-----|------|
| MES | DIA | AÑO  |
| 12  | 23  | 2014 |

**CLIENTE**

Paola Fida Lorenzo

TEL

TEL. 3206 799314

DIRECCION

DIRECCION Cna 11F #38-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|--------------------|--------------|-----------|
|         | Transporte         |              |           |
|         | Ida y Vuelta       |              |           |
|         | clínica Castellana |              |           |
|         | cita Ortopedista   |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
| RECIBI. | TOTAL \$           |              | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



11

11



AÑO

01

22

2020

Paola Fda Lozano

320679314

Cra 117 # 38-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|--------------------|--------------|-----------|
|         | cita Ortopedista   |              | 21000     |
|         | clínica castellana |              |           |
|         | Transporte         |              |           |
|         | Ida y Vuelta       |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
| RECIBI. |                    | TOTAL \$     | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**

11



11

AÑO

02

2020

Paola Fda Lora

TEL. 3206 799314

Cm 11F #38-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL      |
|---------|--------------------|--------------|----------------|
|         | cita Ortopedista   |              | 21000          |
|         | clínica Castellana |              |                |
|         | Transporte         |              |                |
|         | Ida y Vuelta       |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
| RECIBI. |                    |              | TOTAL \$ 21000 |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**





11

11



AÑO

01

23

2023

Paola Fda Lorusso

TEL.

360679931X

Cra 117 #38-86

| CANT.          | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO    | VR. TOTAL |
|----------------|--------------------|-----------------|-----------|
|                | Transporte         |                 | 21.000    |
|                | Ida y Vuelta       |                 |           |
|                | Terapias Físicas   |                 |           |
|                | clínica castellana |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
| <b>RECIBI.</b> |                    | <b>TOTAL \$</b> | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



DIA

AÑO

0

28

2020

Paola Fda lozano

TEL

366799314

Cra 11 F 38-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|--------------------|--------------|-----------|
|         | Transporte         |              | 21000     |
|         | Ida y Vuelta       |              |           |
|         | Terapias Físicas   |              |           |
|         | Clinica Castellana |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
| RECIBI. |                    | TOTAL \$     | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



11



11



|     |     |      |
|-----|-----|------|
| MES | DIA | AÑO  |
| 0   | 30  | 2020 |

Paola Fdg. Latino

TEL. 3206799314

CR 11F 738-86

| CANT.          | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO    | VR. TOTAL |
|----------------|--------------------|-----------------|-----------|
|                | Terapias Fisicas   |                 | 21000     |
|                | Transporte         |                 |           |
|                | Ida y Vuelta       |                 |           |
|                | clinica Castellana |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
|                |                    |                 |           |
| <b>RECIBI.</b> |                    | <b>TOTAL \$</b> | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**

11

11



AÑO

01

31

2020

Paola Fds lozano

TEL. 3206799314

Cr 117 738-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|--------------------|--------------|-----------|
|         | Transporte         |              | 21000     |
|         | Ida y Vuelta       |              |           |
|         | Terapia Fisica     |              |           |
|         | Clínica Castellana |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
| RECIBI. | TOTAL \$           |              | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**








## CUENTA DE COBRO

**PEDIDO**

11

## COTIZACIÓN



## REMISIÓN

11

|     |     |      |
|-----|-----|------|
| MES | DIA | AÑO  |
| 02  | 04  | 2020 |

## CLIENTE

Paola Fda lozano

TEL.

3206799314

**DIRECCION**

Cr 11F #38-86

| CANT.   | DESCRIPCION      | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|------------------|--------------|-----------|
|         | Terapias Fisicas |              | 21.000    |
|         | Transporte       |              |           |
|         | ida y Vuelta     |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
|         |                  |              |           |
| RECIBI. |                  | TOTAL \$     | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**

## CUENTA DE COBRO

**PEDIDO**

11

## COTIZACIÓN



## REMISIÓN



|     |     |      |
|-----|-----|------|
| MES | DIA | AÑO  |
| 02  | 05  | 2020 |

**CLIENTE**

Paola Fda Iorano

TEL. 3206799314

**DIRECCION**

Chn 11F  $\neq$  38-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL      |
|---------|--------------------|--------------|----------------|
|         | Terapias Fisicas   |              | 21000          |
|         | Transporte         |              |                |
|         | Ida y Vuelta       |              |                |
|         | Clinica Castellana |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
| RECIBI. |                    |              | TOTAL \$ 21000 |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**







11

11

10

AÑO

02

67

2020

Paola Fidaloro

TEL.

3206799314

Cva 11F  $\neq$  38-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL      |
|---------|--------------------|--------------|----------------|
|         | Transporte         |              |                |
|         | Ida y Vuelta       |              |                |
|         | Terapias Fisicas   |              |                |
|         | clinica Castellana |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
| RECIBI. |                    |              | TOTAL \$ 21000 |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



11



10

10

AÑO

02

10

2020

Paola Fda lozano

TEL. 3206799314

Cm 11F #38-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|--------------------|--------------|-----------|
|         | Transporte         |              |           |
|         | Ida y Vuelta       |              |           |
|         | Terapias Fisicas   |              |           |
|         | clinica Castellana |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
| RECIBI. | TOTAL \$           |              | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



11

10

11

AÑO

02

11

2020

Paola Fda Loraño

TEL. 3206799314

Crn 117 = 38-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL      |
|---------|--------------------|--------------|----------------|
|         | Transporte         |              |                |
|         | Ida y Vuelta       |              |                |
|         | Tempias Fisicas    |              |                |
|         | Clínica Castellana |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
|         |                    |              |                |
| RECIBI. |                    |              | TOTAL \$ 21000 |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



## CUENTA DE COBRO

**PEDIDO**

11

## COTIZACIÓN



## REMISIÓN

11

| MES | DIA | AÑO  |
|-----|-----|------|
| 02  | 12  | 2020 |

CLIENTE

Kuola Fda Iorano

TEL 3206799314

**DIRECCION**

Cr 11F  $\neq$  38-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|--------------------|--------------|-----------|
|         | Terapias Fisicas   |              |           |
|         | Transporte         |              |           |
|         | Ida y Vuelta       |              |           |
|         | Clínica Castellana |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
| RECIBI. | TOTAL \$           |              | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



11

11



11

DIA

AÑO

2

13

2020

Paola Fida Lorusso

TEL

3206799314

Ch 11  $\neq$  38-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|--------------------|--------------|-----------|
|         | Transporte         |              | S         |
|         | Ida y Vuelta       |              |           |
|         | Terapias Fisicas   |              |           |
|         | Clínica Castellana |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
| RECIBI. | TOTAL \$           |              | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**

## CUENTA DE COBRO

11

**PEDIDO**

11

## COTIZACIÓN

11

## REMISIÓN

11

|     |     |      |
|-----|-----|------|
| MES | DIA | AÑO  |
|     | 14  | 2020 |

**CLIENTE**

Paola Fda lozano

TEL. 330679314

**DIRECCION**

Crn 11F #3-8-86

| CANT.   | DESCRIPCION        | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|--------------------|--------------|-----------|
|         | Transporte         |              |           |
|         | Ida y Vuelta       |              |           |
|         | Terapias Fisicas   |              |           |
|         | clinica Castellana |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
|         |                    |              |           |
| RECIBI. | TOTAL \$           |              | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**

## CUENTA DE COBRO

**PEDIDO**

## COTIZACIÓN



## REMISIÓN



|     |     |      |
|-----|-----|------|
| MES | DIA | AÑO  |
| 02  | 17  | 2020 |

**CLIENTE**

Paola Fida Lorenzo

TEL. 3-199314

**DIRECCION**

Cra 11F-38-86

| CANT.   | DESCRIPCION       | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|-------------------|--------------|-----------|
|         | Terapias Fisicas  |              |           |
|         | Transporte        |              |           |
|         | Ida y Vuelta      |              |           |
|         | clinica Castellan |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
| RECIBI. | <b>TOTAL \$</b>   |              | 21000     |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**





## CUENTA DE COBRO

11

**PEDIDO**

11

## COTIZACIÓN

11

## REMISIÓN

11

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| MES | DIA | AÑO |
|     |     |     |

**CLIENTE**

Paola Fda lozano TEL.

TEL

**DIRECCION**

| CANT.  | DESCRIPCION              | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|--------|--------------------------|--------------|-----------|
|        | Transporte               |              |           |
|        | Incluida Espena          |              |           |
|        | Desde la casa            |              |           |
|        | calle 39 #11F04          |              |           |
|        | Hasta la clinica         |              |           |
|        | (Castellano Ortopedista) |              |           |
|        |                          |              |           |
|        |                          |              |           |
|        |                          |              |           |
|        |                          |              |           |
|        |                          |              |           |
|        |                          |              |           |
|        |                          |              |           |
|        |                          |              |           |
| PAGAR: | TOTAL \$                 |              | 24000     |

No se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio



11

11

10

11

AÑO

10

30

19

Paola Fda lozano TEL

TEL

| CANT.   | DESCRIPCION                                      | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|--|--------------|-----------|
|         | Tramites de autorizaciones y Dercebo de Petición |              |           |
|         | Transporte Ida y Vuelta                          |              |           |
|         |  |              |           |
|         |  |              |           |
|         |  |              |           |
|         |  |              |           |
|         |  |              |           |
|         |  |              |           |
|         |  |              |           |
|         |  |              |           |
|         |  |              |           |
| RECIBI. | <b>TOTAL \$</b>                                  |              | 25000     |

**RECIBI.**

**TOTAL \$**

25000

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**



AÑO

12

10

19

Paola Fda totano

CRD 11F #38-86

| CANT.   | DESCRIPCION       | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---------|-------------------|--------------|-----------|
|         | Transporte        |              | 10.000    |
|         | autorización de   |              | 11.000    |
|         | clínica Occidente |              |           |
|         | con Ortopedista   |              |           |
|         | Ida y Vuelta      |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
|         |                   |              |           |
| RECIBI. | TOTAL \$          |              | 21.000.   |

**Este documento se asimila a una letra de Cambio para todos los efectos legales. Artículo N° 774 del Código de Comercio**





Nit:8903241775  
032 3319090  
Carrera 98 No. 18 - 49

| Recaudo Cajeros | Recaudo Caja | Fecha Documento |
|-----------------|--------------|-----------------|
| Nro : 704559756 | 1004356213   | 02.12.2019      |

|  |               |                  |
|--|---------------|------------------|
| <b>Razón Social o Nombre del Responsable del Pago (Deudor)</b> | <b>Nit</b>    | <b>Teléfono</b>  |
| LOZANO RAMIREZ PAOLA FERNANDA                                  | 31484077      | 3206799314       |
| <b>Dirección</b>   | <b>Ciudad</b> |                  |
| CR 11F 86 39   | CALI          |                  |
| <b>Paciente Tratado</b>  | <b>C.C</b>    | <b>Teléfono</b>  |
| PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ                                  | 31484077      | 3206799314 30175 |
| <b>Concepto</b>  | <b>Moneda</b> | <b>Tasa</b>      |
| PAGO PACIENTE  | COP           |                  |

Orden CO : Centro de beneficio :

Valor en Letras : CIENTO TRES MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE.

| VIA DE PAGO               | FORMA DE PAGO | REFE/FACTURA | VALOR   |
|---------------------------|---------------|--------------|---------|
| 1. Mixto (Efe. Tar. Chq.) | E - Efectivo  | 5200968958   | 103.173 |

FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI  
Ruth Stella Muñoz Campo  
Cajera

CONCEPTO: COPAGO CONSULTA EXTERNA

Elaboró JVELASCO

Recibi Conforme



**FACTURA DE VENTA No. P501580**

IMPRESA POR COMPUTADOR RESOLUCIÓN DIAN No. 18762008467603  
PREFIO P AUTORIZACION DE FACTURAS DEL 453789 AL 800000  
Vigencia del 30-05-2016 hasta 30-05-2020

**Sucursal:** PRINCIPAL

**Fecha:** 21-12-2019 **Tipo de Factura:** Contado **Movil:**

**Cliente:** Lozano Marino (71324)

Cédula: 2939852

Cr 11f 38-86, El Troncal - Cali Tels.  
3206799314, 3163736799

**Paciente:** Paola Fernanda Lozano Ramirez (113251)

Cédula 31484077

Cr 11f 38-86, El Troncal - Cali Tels.  
3206799314, 3163736799

Observaciones: Por Favor Entregar El Dia 21/12 SÃ•bado De 8  
A 10 Am

| Conc.              | Descripción del Concepto             | Unidad | Cantidad | Precio   | Total                                     | IVA              |
|--------------------|--------------------------------------|--------|----------|----------|---|------------------|
| ASG                | Alquiler De Silla De Ruedas Standard | Dia    | 30.00    | 1,344.50 | 40,335                                    | 7,664            |
|                    |                                      |        |          |          | <b>Totales:</b>                           | <b>40,335</b>    |
|                    |                                      |        |          |          | <b>Base IVA: \$ 40,335 Total Factura:</b> | <b>\$ 47,999</b> |
| Artículo           | Alquileres                           | Número | Desde    | Hasta    |   |                  |
| SILLA DE RUEDAS ST |                                      |        | 20-12-19 | 18-01-20 |   |                  |

**Seriales de Artículos**

A/SG/

Fecha Compromiso: Sabado 21 de Diciembre del 2019 8:13 pm

Elaboró: LEIDY JOHANA GARCES el Sabado 21 de Diciembre del 2019 6:20 am



## **REGLAMENTO PARA SERVICIO DE OXIGENO Y ALQUILER DE EQUIPOS HOSPITALARIOS**

- 1 Los equipos entregados en alquiler, son de propiedad exclusiva de OXIMED CLINAPAL LTDA., y el usuario se compromete a devolverlos en buen estado en el momento en que la empresa lo exija y utilizarlos de acuerdo con las instrucciones del Médico.
- 2 Los alquileres de equipos para oxígeno deben estar al día, para que las solicitudes de despacho puedan ser atendidas.
- 3 Los alquileres de equipos hospitalarios (cama, silla de ruedas, muletas, caminadores, etc.), son 30 días y deben pagarse **ANTICIPADAMENTE**.
- 4 En caso de cambio de domicilio, el usuario tiene la obligación de informar a OXIMED CLINAPAL LTDA., con el fin de que sus datos estén actualizados y su solicitud pueda ser atendida oportunamente.
- 5 OXIMED CLINAPAL LTDA., no se responsabiliza por accidentes que se puedan causar por manipulación indebida y el mal manejo del equipo. Las normas de seguridad sobre oxígeno deben ser cumplidas cuidadosamente.
  - NO FUME EN EL SITIO DONDE SE ADMINISTRE OXÍGENO
  - NO COLOQUE CERCA AL CILINDRO FUENTES DE CALOR QUE PUEDAN PRODUCIR CHISPAS
  - NO USE GRASA NI ACEITE EN LAS MANOS, MIENTRAS TRABAJE CON OXÍGENO
  - LIMPIE LA GRASA DE LA CARA DEL PACIENTE, ANTES DE SUMINISTRARLE OXÍGENO
- 6 Los equipos se recogen previa llamada telefónica del Cliente.
- 7 Los elementos desechables (cánula, mascarilla, kit de nebulización, sondas de aspiración, etc.), son para uso exclusivo del paciente, NO se debe usar con otras personas.
- 8 Haga su pedido de oxígeno cuando el regulador marque 500 LIBRAS de presión. **NO ESPERE A QUE EL OXÍGENO SE AGOTE**
- 9 La Empresa se reserva el derecho de descontar del depósito: cualquier valor que se le adeude por alquileres y/o servicio de reparaciones.
- 10 OXIMED CLINAPAL LTDA., NO hace devolución de dinero una vez recibido el equipo a satisfacción del cliente
- 11 Conserve el original del recibo del depósito para la Devolución.
- 12 Los depósitos por mí establecidos, no causan a OXIMED CLINAPAL LTDA., ningún valor por concepto de intereses por mora, etc.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que al firmar acepto condiciones y autorizo a Oximed Clinapal Ltda., para que los datos personales suministrados por mí en virtud del servicio solicitado, sean tratados conforme a los principios deberes definidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia.

Para ampliar la información referente a la Política de Tratamiento de Datos, consulte nuestra página web  
<https://www.grupooxi.com.co/politica-de-tratamiento-de-datos/>

**PRINCIPAL:** Calle 26 Norte No. 3AN - 35 • **SUCURSAL:** Avenida Roosevelt No. 47 - 16 - Cali  
**ARMENIA:** 735 7992 - **BUGA:** 489 3379 - **PALMIRA:** 285 6135 - **PEREIRA:** 340 0664 - **TULUÁ:** 460 8348



*Servicio oportuno a su puerta*

NIT. 890.328.769 - 3 REGIMEN COMUN  
Responsables retefuente Industria y Comercio  
Código: 307 - tarifa 10 x 1.000

## RECIBO DE DEPOSITOS No. 113346

Fecha: 21-12-2019

Cliente: **Lozano Marino (71324)**

Cédula: 2939852

Cr 11f 38-86, El Troncal - Cali

Paciente: **Paola Fernanda Lozano Ramirez (113251)**

Cédula 31484077

Cr 11f 38-86, El Troncal - Cali Tels.

3206799314,3163736799

Observaciones:

| Articulo              | Valor         |
|-----------------------|---------------|
| Sg-silla De Ruedas St | 10,000        |
| <b>Totales:</b>       | <b>10,000</b> |

Elaboró: LEIDY JOHANA GARCES el Sabado 21 de Diciembre del 2019 6:20 am

www.oximed.com.co info@oximed.com.co

*Ver condiciones al respaldo*

Página 1/1

Autoriza: Firma

Cédula

Tels.: PBX: 524 2702 - 486 6676 - Cel.: (315) 689 6346 ☎ 315 612 9450 E-mail: oximed@grupooxi.com - www.grupooxi.com.co

## **REGLAMENTO PARA SERVICIO DE OXIGENO Y ALQUILER DE EQUIPOS HOSPITALARIOS**

- 1 Los equipos entregados en alquiler, son de propiedad exclusiva de OXIMED CLINAPAL LTDA., y el usuario se compromete a devolverlos en buen estado en el momento en que la empresa lo exija y utilizarlos de acuerdo con las instrucciones del Médico.
- 2 Los alquileres de equipos para oxígeno deben estar al día, para que las solicitudes de despacho puedan ser atendidas.
- 3 Los alquileres de equipos hospitalarios (cama, silla de ruedas, muletas, caminadores, etc.), son 30 días y deben pagarse **ANTICIPADAMENTE**.
- 4 En caso de cambio de domicilio, el usuario tiene la obligación de informar a OXIMED CLINAPAL LTDA., con el fin de que sus datos estén actualizados y su solicitud pueda ser atendida oportunamente.
- 5 OXIMED CLINAPAL LTDA., no se responsabiliza por accidentes que se puedan causar por manipulación indebida y el mal manejo del equipo. Las normas de seguridad sobre oxígeno deben ser cumplidas cuidadosamente.
  - NO FUME EN EL SITIO DONDE SE ADMINISTRE OXÍGENO
  - NO COLOQUE CERCAAL CILINDRO FUENTES DE CALOR QUE PUEDAN PRODUCIR CHISPAS
  - NO USE GRASA NI ACEITE EN LAS MANOS, MIENTRAS TRABAJE CON OXÍGENO
  - LIMPIE LA GRASA DE LA CARA DEL PACIENTE, ANTES DE SUMINISTRARLE OXÍGENO
- 6 Los equipos se recogen previa llamada telefónica del Cliente.
- 7 Los elementos desechables (cánula, mascarilla, kit de nebulización, sondas de aspiración, etc.), son para uso exclusivo del paciente. NO se debe usar con otras personas.
- 8 Haga su pedido de oxígeno cuando el regulador marque 500 LIBRAS de presión. NO ESPERE A QUE EL OXÍGENO SE AGOTE
- 9 La Empresa se reserva el derecho de descontar del depósito: cualquier valor que se le adeude por alquileres y/o servicio de reparaciones.
- 10 OXIMED CLINAPAL LTDA., NO hace devolución de dinero una vez recibido el equipo a satisfacción del cliente
- 11 Conserve el original del recibo del depósito para la Devolución.
- 12 Los depósitos por mí establecidos, no causan a OXIMED CLINAPAL LTDA., ningún valor por concepto de intereses por mora, etc.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que al firmar acepto condiciones y autorizo a Oximed Clinapal Ltda., para que los datos personales suministrados por mí en virtud del servicio solicitado, sean tratados conforme a los principios y deberes definidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia.

Para ampliar la información referente a la Política de Tratamiento de Datos, consulte nuestra página web  
<https://www.grupooxi.com.co/politica-de-tratamiento-de-datos/>

**PRINCIPAL:** Calle 26 Norte No. 3AN - 35 • **SUCURSAL:** Avenida Roosevelt No. 47 - 16 - Cali  
**ARMENIA:** 735 7992 - **BUGA:** 489 3379 - **PALMIRA:** 285 6135 - **PEREIRA** 340 0664 - **TULUÁ:** 460 8348



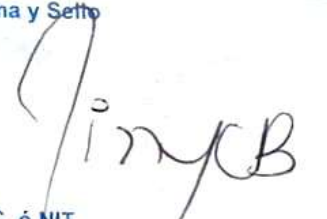
# DENTISTRY

*Dra Lizeth Camargo*  
ODONTÓLOGA

☎ 310 639 8163  
✉ Dentistry\_dra.lizethcamargo@hotmail.com  
📷 @dra.lizethcamargo  
🌐 www.dentistrydra.lizethcamargocali.com

RECIBO DE CAJA

Nº 0374

|  |         |   |
|--|---------|---|
| CIUDAD Y FECHA: Cali 23-12-19..  |         |   |
| RECIBIDO DE: Paola Lozano  | T.C.    | \$ 140.000.   |
| DIRECCIÓN:   |         |   |
| LA SUMA DE:  |         |   |
| POR CONCEPTO DE: Resina 4 Superficies tercio Medio diente 22,<br>Resina ocluso lingual diente 16, y ocluso distal<br>15. |         |   |
| No. FACTURA:   | NOMBRE: | C.C.  |
| OBSERVACIONES:   |         | Firma y Sello<br><br>C.C. ó NIT. |





CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO  
NIT 860007336-1  
ORIGINAL

Recibo de caja N° 36710750

|               |                         |                        |              |
|---------------|-------------------------|------------------------|--------------|
| FECHA         | 30.10.2019              | NOMBRE CLIENTE         | PAOLA LOZANO |
| PUNTO RECAUDO | CENTRO MEDICO SURA CALI | IDENTIFICACION CLIENTE | 31484077     |
| SERVICIO      | SALUD IPS               | REFERENCIA DE PAGO     | 8618193472   |
| CAJERO        | DANISOOT                | CONCEPTO               | SOL-ANT SURA |

OBSERVACION

ASEGURADORA:REMISIONES---CONVENIO:---TIPO\_AFILIADO:

NIVEL:C---NOM. MEDICO:---CONSULTORIO:

HORA CITA:09:34---DIR. CENTRO MEDICO:---NUM TELEFONO:861819347220

FECHA CITA:30/10/19

MEDIOS DE PAGO

VALOR

EFFECTIVO

3.200

Total

3.200

Ajuste al Peso

0

Cambio

0

ASIGNA, ELIMINA Y PAGA TUS CITAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS A TRAVÉS DE [WWW.COLSUBSIDIO.COM](http://WWW.COLSUBSIDIO.COM), OPCIÓN SALUD Y HAZ CLIC EN "SOLICITA TU CITA MÉDICA"  
PARA CONSULTAR E IMPRIMIR TU FACTURA ELECTRÓNICA DIRÍGETE A <https://colsubsidio.efacturacadena.com/>

*Opago Cirujia Plastica Sura*

Fecha y hora de:



# DROGAS LOS DESCUENTOS

SUS GRANDES DESCUENTOS  
NIT. O.C.C. 16.580.547 CALI

Correcto Despacho de Formulas - Tenemos Extenso Surtido de Drogas  
Alquiler y Venta de Muletas, Caminadores, Bastones y Otros Articulos

Cra. 16A No. 33D - 53 - Tels.: 442 3150 - 438 1216 - Cali

FACTURA  
DE VENTA

Nº 0255

Fecha:

9/28/2013

de 2000

Señor(es):

Alca. Fernando COA...

Dirección:

| Cantidad | Articulo    | V. Unit. | V. Total |
|----------|-------------|----------|----------|
| 1        | Dist. TV Fw |          | 720      |
| 1        | Seo. A #16  |          | 280      |
|          | Foley       |          | 1200     |
|          |             |          |          |
|          |             |          |          |
|          |             |          |          |
|          |             |          |          |
|          |             |          |          |
|          |             |          |          |
|          |             |          |          |

Firma,

GONZALO MARIN C.C. 14.984.820 TEL.: 337 1216 CALI





MANUEL ANTONIO PEREZ LOPEZ, N° 76303597-2 CEL. 351 469 8009



# DROGUERIA EXTRA

INYECCION  
TOMA DE PRESIÓN  
GLUCOMETRIA  
PRUEBA DE EMBARAZO  
VARIEDADES

*Adiela Ramírez Vélez*

NIT. 31.232.803 - 6 Régimen Común

Calle 39 No. 11F - 04 B/ El Troncal Cali Cel. 320 679 9314 Tel: 441 5139

Ciudad:

Señores:

Dirección:

Nit.

Tel.

## FACTURA DE VENTA

Nº 50024

FECHA FACTURA

Día Mes Año

12 11 19

FECHA VENCIMIENTO

Día Mes Año

CANT.

DESCRIPCIÓN

VR. UNIT.

VR. TOTAL

1

Sodermix Crema

107.862

1

Eumoid Gel 100gr

76.442

SUB - TOTAL

DESCUENTO

IVA %

TOTAL \$

43.232

227.536

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A  
UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO

ELABORADO POR

FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE





# LA ESPERANZA

CENTRO HOLÍSTICO INTEGRAL  
SALUD • ESTÉTICA • BELLEZA

📍 Cra. 43 No. 26 - 89 B/ Villa del Sur .

📞 325 4724 - 377 9970

📞 310 825 9387

✉️ centroholicolaesperanza@gmail.com

|                                 |                                     |    |    |                |        |
|---------------------------------|-------------------------------------|----|----|----------------|--------|
| FECHA:                          | 31                                  | 12 | 19 | RECIBO DE CAJA |        |
| CLIENTE:                        | paola lozano                        |    |    | VALOR TOTAL \$ | 24.000 |
| POR CONCEPTO DE: Venta 2 Drenox |                                     |    |    |                |        |
| ABONO:                          | RECIBIDO POR<br>Ely Jhoana Valencia |    |    |                |        |
| SALDO:                          |                                     |    |    |                |        |



Cra. 43 No. 26 - 89 B/ Villa del Sur  
Cali 310 825 9387

029  
Centro Holístico Integral La Esperanza



# ServiAmbulancias del Pacífico SAS.

**Acudimos para proteger su vida**

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS

N.I.T. 900,300,580 - 2 NO SOMOS RESPONSABLES DE IVA

DIRECCION : DG 23 17A 54 CC EL ROSARIO

TEL : 3267327-3100606 3175166283

CALI

No somos Autoretenedores-No somos Grandes Contribuyentes ICA 3.3 X mil PAGINA 1 DE 1

**Acudimos para proteger su vida**

|  |                     |                                      |
|--|---------------------|--------------------------------------|
| CLIENTE : LOZANO PAOLA FERNANDA          | IT 31,484,077 - 0   | FACTURA DE VENTA                     |
| DIRECCION : CARRERA 39 11F 04            | CIUDAD CALI         | No 18531                             |
| VENDEDOR : ORDONEZ LOZADA F.PAGO CONTADO | TELEFONO 3147767476 | FFACTURA 2019-12-02 VENCE 2019-12-03 |

| CODIGO | DESCRIPCION                       | UND | VL UNITARIO | CANT | DISC | IVA | VALOR  |
|--------|-----------------------------------|-----|-------------|------|------|-----|--------|
|        | SERVICIO POR TRASLADO DE PACIENTE | TRA | 55,000      | 1    | 0    | 0   | 55,000 |

FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR (ART 617 E.T Y DECRETO 1165/96 ART 13)  
El(Los)comprador(es) la firman en señal de aceptacion y de haber recibido real y materialmente la  
mercancia y/o el servicio.  
Resolucion DIAN No 18762014251911 Fecha: 2019-04-29 Autorizada de 17501 a 20000 vence:2020-04-28

SON : CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE.

OBSERVACIONES:

+TRASLADO DE CASA A C F V LILI



|             |        |
|-------------|--------|
| SUBTOTAL    | 55,000 |
| DESCUENTO   | 0      |
| IVA         | 0      |
| RETEFUENTE  | 0      |
| VALOR TOTAL | 55,000 |

sistema uno85c siesa sa sistemas de informacion sa nit 800.319.193 cali www.siesa.com

# ServiAmbulancias del Pacífico SAS.

**Acudimos para proteger su vida**

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS

N.I.T. 900,300,580 - 2 NO SOMOS RESPOSABLES DE IVA

DIRECCION : DG 23 17A 54 CC EL ROSARIO

TEL : 3267327-3100606 3175166283

CALI

No somos Autoretenedores-No somos Grandes Contribuyentes ICA 3.3 X mil PAGINA 1 DE 1

Atendimos para proteger su vida

|           |                                   |        |                |                  |            |                             |
|-----------|-----------------------------------|--------|----------------|------------------|------------|-----------------------------|
| CLIENTE   | : LOZANO PAOLA FERNANDA           | IT     | 31,484,077 - 0 | FACTURA DE VENTA |            |                             |
| DIRECCION | : CARRERA 39 11F 04               | CIUDAD | CALI           | No               | 18397      |                             |
| VENDEDOR  | : ORDONEZ LOZADA                  | F.PAGO | CONTADO        | TELEFONO         | 3147767476 | FFACTURA                    |
|           |                                   |        |                |                  |            | 2019-11-08 VENCE 2019-11-09 |
| CODIGO    | DESCRIPCION                       | UND    | VL UNITARIO    | CANT             | %DSC       | %IVA                        |
|           | SERVICIO POR TRASLADO DE PACIENTE | TRA    | 120,000        | 1                | 0          | 0                           |
|           |                                   |        |                |                  |            | 120,000                     |

|  |  |                     |
|--|--|---------------------|
| FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR (ART 617 E.T Y DECRETO 1165/96 ART 13)  |  |                     |
| El(Los)comprador(es) la firman en señal de aceptacion y de haber recibido real y materialmente la mercancia y/o el servicio. |  | SUBTOTAL 120,000    |
| Resolucion DIAN No 18762014251911 Fecha: 2019-04-29 Autoriza de 17501 a 20000 vence:2020-04-28                               |  | DESCUENTO 0         |
| SON : CIENTO VEINTE MIL PESOS MCTE.  |  | IVA 0               |
| OBSERVACIONES:   |  | RETEFUENTE 0        |
| +TRASLADO DE CASA A F V LILI   |  | VALOR TOTAL 120,000 |
| Y REGRESO  |  |                     |

**08 NOV 2019**  
**CANCELADO**  
ACEPTADA Y RECIBIDA  
FECHA

sistema uno85c siesa sa sistemas de informacion sa nit 800.319.193 cali www.siesa.com



Reg. 19-08523





# ServiAmbulancias del Pacífico SAS.

Acudimos para proteger su vida

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS

N.I.T. 900,300,580 - 2 NO SOMOS RESPONSABLES DE IVA

DIRECCION : DG 23 17A 54 CC EL ROSARIO

TEL : 3267327-3100606 3175166283

CALI

No somos Autoretenedores-No somos Grandes Contribuyentes ICA 3.3 X mil PAGINA 1 DE 1

CLIENTE : LOZANO PAOLA FERNANDA

DIRECCION : CARRERA 39 11F 04

VENDEDOR : ORDONEZ LOZADA

F.PAGO CONTADO

IT 31,484,077 - 0

CIUDAD CALI

TELEFONO 3147767476

FACTURA DE VENTA

No 18434

FFACTURA 2019-11-18 VENCE 2019-11-19

| CODIGO | DESCRIPCION                       | UND | VL UNITARIO | CANT | VDSC | IVA | VALOR   |
|--------|-----------------------------------|-----|-------------|------|------|-----|---------|
|        | SERVICIO POR TRASLADO DE PACIENTE | TRA | 120,000     | 1    | 0    | 0   | 120,000 |

FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR (ART 617 E.T Y DECRETO 1165/96 ART 13)  
El(Los)comprador(es) la firman en señal de aceptacion y de haber recibido real y materialmente la  
mercancia y/o el servicio.  
Resolucion DIAN No 18762014251911 Fecha: 2019-04-29

SON : CIENTO VEINTE MIL PESOS MCTE.

OBSERVACIONES:

+TRASLADO DE CASA A C F V LILI Y REGRESO+



EMPRESA

FECHA

|             |         |
|-------------|---------|
| SUBTOTAL    | 120,000 |
| DESCUENTO   | 0       |
| IVA         | 0       |
| RETEFUENTE  | 0       |
| VALOR TOTAL | 120,000 |

sistema unc95c siesa sa sistemas de informacion sa nit 800.319.193 cali www.siesa.com

Imprimió en 3.4.2020

# ServiAmbulancias del Pacífico SAS.

Acudimos para proteger su vida

SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO SAS

N.I.T. 900,300,580 - 2 NO SOMOS RESPONSABLES DE IVA

DIRECCION : DG 23 17A 54 CC EL ROSARIO

TEL : 3267327-3100606 3175166283

CALI

No somos Autoretenedores-No somos Grandes Contribuyentes ICA 3.3 X mil PAGINA 1 DE 1

|           |                                   |                |                     |                  |            |                  |         |
|-----------|-----------------------------------|----------------|---------------------|------------------|------------|------------------|---------|
| CLIENTE   | : LOZANO PAOLA FERNANDA           | IT             | 31,464,077 - 0      | FACTURA DE VENTA |            |                  |         |
| DIRECCION | : CARRERA 39 11F 04               | CIUDAD         | CALI                | No               | 18434      |                  |         |
| VENDEDOR  | : ORDONEZ LOZADA                  | F.PAGO CONTADO | TELEFONO 3147767476 | FFACTURA         | 2019-11-18 | VENCE 2019-11-19 |         |
| CODIGO    | DESCRIPCION                       | UND            | VL UNITARIO         | CANT             | DISC       | IVA              | VALOR   |
|           | SERVICIO POR TRASLADO DE PACIENTE | TRA            | 120,000             | 1                | 0          | 0                | 120,000 |

|  |  |                     |
|--|--|---------------------|
| FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR (ART 617 E.T Y DECRETO 1165/96 ART 13)  |  |                     |
| El(Los)comprador(es) la firman en señal de aceptacion y de haber recibido real y materialmente la mercancia y/o el servicio. |  | SUBTOTAL 120,000    |
| Resolucion DIAN No 18762014251911 Fecha: 2019-04-29 Autoriza de 17501 a 20000 vence:2020-04-28                               |  | DESCUENTO 0         |
| SON : CIENTO VEINTE MIL PESOS MCTE.  |  | IVA 0               |
| OBSERVACIONES:   |  | RETEFUENTE 0        |
| +TRASLADO DE CASA A C F V LILI Y REGRESO   |  | VALOR TOTAL 120,000 |



sistema uno85c siesa sa sistemas de informacion sa nit 800.319.193 cali www.siesa.com





NOT FOR RELEASE

ESPAÑO PARA EL TIEMPO

Enriched  
Agar

Mes. Die

912

Codigo de  
Convenio

### Convenio

Cuenta Corriente

Cuenta de Ahorro

Credit Relative



### Número Cuenta Destino

Nome do Convênio e Empresa Reclamadora

### Referencia 1

Para referencia 1 Seleccione una de estas opciones

No Identificación

Na. Referencia

## Referencia 2

**FORMA DE PAGO**

Electivo

**S**

75.17

Cheque

**S**

☐ Cargo Cuenta Eco Bta ☐ Tarjeta Débito / Crédito

**S**

1992

**TOTAL A PAGAR**

**S**

105-512

**Código Banco**

No. de cuenta del cheque

Numero del cheque

Credito a plazo

Nota: Antes de presentar este comprobante, sírvase diligenciarlo completamente en base en la información que le suministró la empresa al pagar con cheque, tener en cuenta el respaldo del mismo. El número de este comprobante, el nombre y número de la cuenta de la empresa y sus datos personales (Nombre, dirección y teléfono). La forma de pago con tarjeta de débito/crédito aplica únicamente para contratos de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de la tarjeta.

Nombre de Cephalopode

**Telefonia**

para el depositante

|  |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
|--|-------------------------------------|------------------|------|---|---------|--|-------|--|-------|--------------|-------|
| FECHA  | 08                                  | 11               | 2019 | MOVIL   | 240.001 | Hora Salida  | 12:30 | Hora Recibo                              | 12:50 | Hora Entrega | 14:30 |
| AUTORIZACIÓN   |                                     |                  |      | RECORRIDO DEL TRASLADO  |         |  |       |  |       |              |       |
| 60.000   |                                     |                  |      | ORIGEN  |         |  |       | CASA CALI                                |       |              |       |
|  |                                     |                  |      | DESTINO   |         |  |       | EVLV Ortopedia                           |       |              |       |
| IDA <input checked="" type="checkbox"/> REGRESO <input type="checkbox"/>   |                                     |                  |      | TIPO DE TRASLADO  |         |  |       |  |       |              |       |
| PERSONAL DE SERVICIO   |                                     |                  |      | BASICO <input checked="" type="checkbox"/> MEDICALIZADO <input type="checkbox"/>                    |         |  |       | 02 <input type="checkbox"/>              |       |              |       |
| CONDUCTOR Orlando Bastidas   |                                     |                  |      | INCUBADORA <input type="checkbox"/>   |         |  |       | VENTILADOR <input type="checkbox"/>      |       |              |       |
| PARAMEDICO Viviana Perdomo   |                                     |                  |      | MOTIVO DEL TRASLADO: CUPO <input type="checkbox"/> NIVEL DE COMPLEJIDAD <input type="checkbox"/>    |         |  |       | 1 2 3 4                                  |       |              |       |
| MEDICO No  |                                     |                  |      | MEDICO <input type="checkbox"/> QUIRURGICO <input type="checkbox"/> EXAMEN <input type="checkbox"/> |         |  |       | OTRO <input checked="" type="checkbox"/> |       |              |       |
| OTRO Familiar  |                                     |                  |      | CUAL? Valoración médica   |         |  |       |  |       |              |       |
| DATOS DEL PACIENTE   |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| NOMBRES Paola Fernanda   |                                     |                  |      |   |         | APELLIDOS Lozano   |       |  |       |              |       |
| IDENTIFICACION CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>  |                                     |                  |      |   |         | NUMERO   |       |  |       |              |       |
| RC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>  |                                     |                  |      |   |         | 31.484.077   |       |  |       |              |       |
| SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>  |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| EDAD 39 17 09 1980   |                                     |                  |      |   |         | AFILIACION ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS Sura |       |  |       |              |       |
| DIRECCION Calle # 38-86  |                                     |                  |      |   |         | TELEFONO 320-6799314   |       |  |       |              |       |
| DATOS CLINICOS paciente se trata con multiples trauma por accidente tránsito se trasladada a una clínica para valoración por ortopedía   |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| ANTECEDENTES PATOLOGICOS <input type="checkbox"/> QUIRURGICOS <input checked="" type="checkbox"/> ALERGICOS <input type="checkbox"/> FAMILIARES <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>  |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| * Húmero, Rodillas   |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| EXAMEN FISICO Paciente Hemodinamicamente estable   |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| CLASIFICACION TRIAGE   |                                     | SV               | HORA | 13:00   | 13:30   |  |       |  |       |              |       |
| ALERTA   | <input checked="" type="checkbox"/> | PULSO            |      | 83  | 83      |  |       |  |       |              |       |
| SOMNOLIENTO  | <input type="checkbox"/>            | RESPIRACIONES    |      | 19  | 18      |  |       |  |       |              |       |
| ESTUPOR  | <input type="checkbox"/>            | TENSION ARTERIAL |      | 120/80  | 110/60  |  |       |  |       |              |       |
| COMA   | <input type="checkbox"/>            | PAM              |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
|  | <input type="checkbox"/>            | TEMPERATURA      |      | 36.3°   | 36.3°   |  |       |  |       |              |       |
|  | <input type="checkbox"/>            | SAO2             |      | 97%   | 97%     |  |       |  |       |              |       |
|  | <input type="checkbox"/>            | FIO2             |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
|  | <input type="checkbox"/>            | GLASGOW          |      | 15/15   | 15/15   |  |       |  |       |              |       |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | PUPILAS          |      | ± 50  | ± 50    |  |       |  |       |              |       |
|  | <input type="checkbox"/>            | PEEP             |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| DIAGNOSTICO  |                                     |                  |      | 1. multiples Traumatismos.  |         |  |       |  |       |              |       |
|  |                                     |                  |      | 2. /  |         |  |       |  |       |              |       |
|  |                                     |                  |      | 3. /  |         |  |       |  |       |              |       |
|  |                                     |                  |      | 4. /  |         |  |       |  |       |              |       |
| INSUMOS UTILIZADOS Sabana Guantes.   |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| OBSERVACIONES Sin novedades durante el traslado  |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| CONSENTIMIENTO DE TRASLADO   |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| YO, Juan E. Torres Cabeza CON.C. 6126 24 DE  |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| Bajo mi responsabilidad, autorizo a SERVIAMBULANCIAS DEL PACIFICO S.A.S., el traslado del paciente aceptando y conociendo su estado de salud y todas las complicaciones y riesgos que pudiesen presentarse por su enfermedad y el desplazamiento dentro y fuera del móvil. |                                     |                  |      |   |         |  |       |  |       |              |       |
| ENTREGA  |                                     |                  |      | RECIBE  |         |  |       | RESPONSABLE TRASLADO                     |       |              |       |
| Juan E. Torres e   |                                     |                  |      | [Firma]   |         |  |       | Aux. Enfermería<br>Rat. 10-00000         |       |              |       |



NIT 860 002 254-4

Para presentar este comprobante, sírvase diligenciarlo completamente con base en la información que le suministre la empresa, con cheque, favor anotar al respaldo del mismo. El número de este comprobante, el nombre y número de la cuenta de la empresa y sus datos fiscales (Monarca, dirección y teléfono). La forma de pago con tarjeta débito/crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas.

Banco de Seguros 454 Villa Colombia E  
 Serv 1160 00065603 Usado 752 1783  
 0044422614 25/10/19 15:22 0.00  
 FUNDAÇÃO VALLI DEL LILI CRO 1786  
 Us: 31484677  
 Valor Eficaz: 186,817.00  
 Vt. Cheq: 0.00  
 Valor Parcelar: 6.00  
 Valor 40: 0.00  
 Valor Total: 186,817.00

Nombre del depositante:

Telefon:

STANDARD FORM NO. 646 V2 (10-67)

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El/los cheque/s depositado/s se reciben "Salvo buen color" de manera que la colección solo se efectúa si el/los cheque/s (por depósito/s) por el/los banco/s, el/los de los que el/los cheque/s son devueltos, en pago, una vez confirmada la cancelación de la deuda, se deposita en el/los banco/s. En caso de que el/los cheque/s no se cancelen, el/los cheque/s devueltos, se ingresan al título de la cuenta en la que se cancela y el/los cheque/s devueltos, se ingresan al título de la cuenta en la que se cancela, para el pago de la deuda. En caso de que el/los cheque/s no se cancelen, el/los cheque/s devueltos, se ingresan al título de la cuenta en la que se cancela y el/los cheque/s devueltos, se ingresan al título de la cuenta en la que se cancela, para el pago de la deuda.

En el Centro para el desarrollo

254-48

Banco de Bogotá 456 Villa Colombia  
 C/c 2120 00045603 Us\$ 6752 1783  
 0044442614 25/10/19 15:22 H.NO  
 100041106 CALLE DEL LIL CEO 1786  
 02:01484077  
 Saldo Efectivo: 186,817.00  
 Saldo Cheq: 0.00  
 Saldo Tarjeta: 0.00  
 Saldo 30: 0.00  
 Saldo Total: 186,817.00

Nombre del depositante

Teléfono:

21303353 (CHE FOR 662 V2 01 08/2015)

Ellos chequea los depósitos se reducen, salvo el pago de la comisión de depósito, en el momento de la verificación posterior. El chequeo de la cuenta en el momento de la verificación posterior, el chequeo de la cuenta en el momento de la verificación posterior, el chequeo de la cuenta en el momento de la verificación posterior.

Soluto  
10/09/2020  
\$50.235

Soluto  
09/2020  
\$50.235

Razon Social: ALH DEHE S.A.S

Social: ALH DEHE S.A.S

Registro No. 9 Nro 58 - 36 - 10 - 10 - 10

Reg. No. 9 Nro 58 - 36 - 10 - 10 - 10

Teléfono: 485 8850

Teléfono: 485 8850

Código: 1000 POS

Código: 1000 POS

DIAN No. 11 1000014300 07-10-201

DIAN No. 11 1000014300 07-10-201

06-10-2010 STOS-100-00-157-1

06-10-2010 STOS-100-00-157-1

06-10-2010 STOS-100-00-157-1

06-10-2010 STOS-100-00-157-1

Documento 23 '23

Documento 23 '23

42 24

REGISTRO

2010

1000 143 164 143500

12 # 25

10

1000 143

| Descripción         | Valor   |
|---------------------|---------|
| 2010 SOPORTE        |         |
| 1000 143 164 143500 |         |
| 1000 143 164 143500 | 546.904 |
| 1000 143 164 143500 |         |
| 1000 143 164 143500 |         |

1000

1000 143 164 143500

1000 143 164 143500

Valor: 9.02

Total a pagar: 50.235

Forma de pago

Forma

Valor

Canjeio 10

1000

1000

1000 143 164 143500

**Dora Eugenia Ordóñez D.**  
Odontóloga - Cirugía Oral-Estomatología  
NIT. 31.916.386 D.V.:2  
Régimen Simplificado

Calle 5B No. 43A-45 B/. Tequendama  
Teléfono: 552 3270 - 552 9417 - Cali  
E-mail: dorita\_o@hotmail.com

Res. DIAN No. 050000208120 FECHA: 2007/09/26  
Numeración Autoriza del 0286 al 1000

**FACTURA DE VENTA N° 0644**

Fecha, Abril 6 2021 de 200  
Señor(es) Paola Fernanda Lozano Ramirez C.C. ó NIT. 31 484077  
Debe: Un millón de pesos m/cte (1,000,000)

**SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS**

**VALOR**

- |   |         |
|---|---------|
| 1) Reconstrucción en Resina de Fractura coronal del 22      | 400,000 |
| 2) Carillo del 22   | 300,000 |
| 3) Reconstrucción en Resina de angulo incisal distal del 21 | 300,000 |

Nota: Se realiza reconstrucción en Resina de 21 y 22 Fracturados por trauma

Dora Eugenia Ordóñez D.  
CIRUJANA ORAL  
CIUDAD DE ANTIOQUIA  
REG. 19045

Firma: Dora Eugenia Ordóñez D. CC 31916386 TOTAL \$ 1,000,000  
Cancelado Cheque No. H Reg. 19045

Sírvase cancelar con cheque cruzado a nombre de Dora Eugenia Ordóñez D.

Dora Eugenia Ordóñez D.  
CIRUJANA ORAL  
CIUDAD DE ANTIOQUIA  
REG. 19045



# **SERGIO LEANDRO GARZÓN ZAMUDIO**

*Contador Público  
Universidad Del Valle*

Santiago de Cali, 7 de septiembre de 2021

El Contador público **SERGIO LEANDRO GARZON ZAMUDIO** con cedula de ciudadanía No 94.528.862. Expedida en Cali Valle y con tarjeta profesional No 143506 – T.

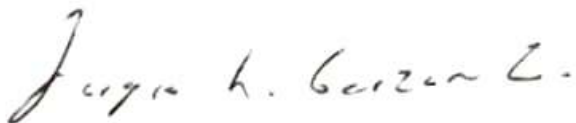
## **CERTIFICO:**

Que la señora **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ** con cedula de ciudadanía **31.484.077**. Presta sus servicios como auxiliar de compras y ventas en la **DROGUERIA EXTRA No 2** con **NIT 31.232.803-6** desde el 1 de julio de 2020 a la fecha de la firma de este certificado, devengando unos honorarios mensuales de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS (\$1.500.000.00)** A partir del 1 de enero del año 2021.

Para constancia se firma en Cali, Valle del Cauca a los veintisiete (27) días del mes de septiembre de dos mil veintiuno (2021).

**CERTIFICADO SE EXPIDE PARA  
TRAMITES LEGALES Y COMERCIALES**

Atentamente,



**SERGIO LEANDRO GARZÓN ZAMUDIO**

Contador Público

T.P. 143506-T

E-mail: [sergio174@gmail.com](mailto:sergio174@gmail.com) – Celular: 317-7521312





DROGUERIA EXTRA 2  
NIT 31.232.803-6  
CRA 12 38 - 07 BARRIO LAS AMERICAS  
TEL 3206799314

## COMPROBANTE DE EGRESO

No 59

Nombre del Cliente:  
Nit:

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
31.484.087

Fecha 31/08/2021

TOTAL \$ 1.500.000

Cheque No: EFECTIVO

Banco:  
Valor en Letras: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS

### DESCRIPCION

HONORARIOS AUXILIAR DE COMPRAS Y VENTAS DROGUERIA EXTRA 2 AGOSTO 2021

1.500.000

TOTALES

1.500.000

Realizado por:

Aprobado:

Recibido:

*Jorge L. Gaitan L.*

*Paola F. Ramirez*

DROGUERIA EXTRA 2

NIT 31.232.803-6

CRA 12 38 - 07 BARRIO LAS AMERICAS  
TEL 3206799314

## COMPROBANTE DE EGRESO

No 59

Nombre del Cliente:  
Nit:

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
31.484.087

Fecha 31/08/2021

TOTAL \$ 1.500.000

Cheque No: EFECTIVO

Banco:  
Valor en Letras: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS

### DESCRIPCION

HONORARIOS AUXILIAR DE COMPRAS Y VENTAS DROGUERIA EXTRA 2 AGOSTO 2021

1.500.000

TOTALES

1.500.000

Realizado por:

Aprobado:

Recibido:

*Jorge L. Gaitan L.*

*Paola F. Ramirez*

DROGUERIA EXTRA 2

NIT 31.232.803-6

CRA 12 38 - 07 BARRIO LAS AMERICAS

TEL 3206799314

COMPROBANTE DE EGRESO



No

71

Nombre del Cliente:

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Fecha

30/09/2021

Nit:

31.484.087

TOTAL

\$ 1.500.000

Banco:

Cheque No:

EFFECTIVO

Valor en Letras: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS

DESCRIPCION

HONORARIOS AUXILIAR DE COMPRAS Y VENTAS DROGUERIA EXTRA 2 SEPTIEMBRE 2021

1.500.000

TOTALES

1.500.000

Realizado por:

Aprobado:

Recibido:

*Jorge L. Garcia L.*

*[Signature]*

DROGUERIA EXTRA 2

NIT 31.232.803-6

CRA 12 38 - 07 BARRIO LAS AMERICAS

TEL 3206799314

COMPROBANTE DE EGRESO



No

71

Nombre del Cliente:

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Fecha

30/09/2021

Nit:

31.484.087

TOTAL

\$ 1.500.000

Banco:

Cheque No:

EFFECTIVO

Valor en Letras: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS

DESCRIPCION

HONORARIOS AUXILIAR DE COMPRAS Y VENTAS DROGUERIA EXTRA 2 SEPTIEMBRE 2021

1.500.000

TOTALES

1.500.000

Realizado por:

Aprobado:

Recibido:

*Jorge L. Garcia L.*

*[Signature]*

DROGUERIA EXTRA 2

NIT 31.232.803-6

CRA 12 38 - 07 BARRIO LAS AMERICAS

TEL 3206799314

COMPROBANTE DE EGRESO

No

45

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
31.484.087

Fecha

31/07/2021

TOTAL

\$ 1.500.000

Cheque No: EFECTIVO

Nombre del Cliente:

Nit:

Banco:

Valor en Letras: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS

DESCRIPCION

HONORARIOS AUXILIAR DE COMPRAS Y VENTAS DROGUERIA EXTRA 2 JULIO 2021

1.500.000

TOTALES

1.500.000

Realizado por:

Aprobado:

Recibido:

*Jorge L. Garcia L.*

*Paola F. Lozano R.*

DROGUERIA EXTRA 2

NIT 31.232.803-6

CRA 12 38 - 07 BARRIO LAS AMERICAS

TEL 3206799314

COMPROBANTE DE EGRESO

No

45

PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ  
31.484.087

Fecha

31/07/2021

TOTAL

\$ 1.500.000

Cheque No: EFECTIVO

Nombre del Cliente:

Nit:

Banco:

Valor en Letras: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS

DESCRIPCION

HONORARIOS AUXILIAR DE COMPRAS Y VENTAS DROGUERIA EXTRA 2 JULIO 2021

1.500.000

TOTALES

1.500.000

Realizado por:

Aprobado:

Recibido:

*Jorge L. Garcia L.*

*Paola F. Lozano R.*



**DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O  
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**

**1. Información general del dictamen**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Fecha de dictamen:</b> 23/05/2022            | <b>Motivo de calificación:</b> PCL (Dec 1507 /2014)      | <b>Nº Dictamen:</b> 31484077 - 2084                                     |
| <b>Instancia actual:</b> No aplica              |  |   |
| <b>Tipo solicitante:</b> Persona natural        | <b>Nombre solicitante:</b> PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ | <b>Identificación:</b> CC 31484077                                      |
| <b>Teléfono:</b> - 3206799314                   | <b>Ciudad:</b> Santiago de cali - Valle del cauca        | <b>Dirección:</b> Dirección: Carrera 38 No. 11g-33 Barrio Las américas, |
| <b>Correo electrónico:</b> pafelo80@hotmail.com |  |   |

**2. Información general de la entidad calificadora**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Nombre:</b> Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1 | <b>Identificación:</b> 805.012.111-1                  | <b>Dirección:</b> Calle 5E No. 42-44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca) |
| <b>Teléfono:</b> 5531020  | <b>Correo electrónico:</b> solicitudes@juntavalle.com | <b>Ciudad:</b> Santiago de cali - Valle del cauca                              |

**3. Datos generales de la persona calificada**

|  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <b>Nombres y apellidos:</b> PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ              | <b>Identificación:</b> CC - 31484077 | <b>Dirección:</b> Dirección: Carrera 38 No. 11g-33 Barrio Las américas, |
| <b>Ciudad:</b> Santiago de cali - Valle del cauca                      | <b>Teléfonos:</b> - 3206799314       | <b>Fecha nacimiento:</b> 17/09/1980                                     |
| <b>Lugar:</b> Santiago de cali - Valle del cauca                       | <b>Edad:</b> 41 año(s) 8 mes(es)     | <b>Genero:</b> Femenino   |
| <b>Etapas del ciclo vital:</b> Población en edad económicamente activa | <b>Estado civil:</b> Casado          | <b>Escolaridad:</b> Básica secundaria                                   |
| <b>Correo electrónico:</b> pafelo80@hotmail.com                        | <b>Tipo usuario SGSS:</b>            | <b>EPS:</b> EPS SURA  |
| <b>AFP:</b>  | <b>ARL:</b>                          | <b>Compañía de seguros:</b>   |

**4. Antecedentes laborales del calificado**

|   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <b>Tipo vinculación:</b>                                  | <b>Trabajo/Empleo:</b>            | <b>Ocupación:</b>                      |
| <b>Código CIUO:</b>                                       | <b>Actividad económica:</b>       |  |
| <b>Empresa:</b> DROGUERIA EXTRA 2                         | <b>Identificación:</b> NIT - null | <b>Dirección:</b> CARRERA 12 No. 38-07 |
| <b>Ciudad:</b> Santiago de cali - Valle del cauca         | <b>Teléfono:</b> 320 679 93 14    | <b>Fecha ingreso:</b>                  |
| <b>Antigüedad:</b>  |                                   |  |
| <b>Descripción de los cargos desempeñados y duración:</b> |                                   |  |

**5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)**

**Información clínica y conceptos**





#### **Resumen del caso:**

De acuerdo al instructivo Nacional y al estado de Emergencia Sanitaria declarado por el Ministerio de Salud y Protección Social que dictó las directrices para la calificación de pacientes en medio de la crisis de salud pública y en concordancia con las medidas para prevenir la propagación del COVID-19, “los casos de controversia en Origen serán calificados por expediente al igual que los de Pérdida de Capacidad Laboral” y al Comunicado público de ésta Junta Regional emitido el 01 de Junio del 2020 ante el estado de la Pandemia – en especial en nuestro Departamento – donde se decidió “cancelar las valoraciones físicas las cuales no serán reprogramadas” y existiendo suficiente Historia Clínica, se procede a REALIZAR el Peritazgo solicitado – por EXPEDIENTE – con base en los Fundamentos de Hecho y Derecho soportados.

#### **Motivo de consulta:**

Calificación de pérdida de capacidad laboral del o de los diagnóstico(s) según escrito “...A través del presente escrito, elevar ante Usted Solicitud de calificación de Grado de pérdida de capacidad laboral, Calificación de Invalidez, calificación de origen y fecha de estructuración de pérdida de capacidad laboral y para el efecto hago saber los siguientes: día de ocurrencia de los hechos fue el día 21 de Octubre de 2019, entre las 21:00 y las 21:30 de la noche...”:

#### **Diagnóstico(s) motivo de la calificación:**

1. Cicatriz hipertrófica postraumática del labio superior / Fractura de piezas dentales 21-22 .
2. Fractura de patillos tibiales bilateral.
3. Lipolinfedema bilateral secundario.

#### **Datos personales:**

Edad: 41 años.  
Sexo: Femenino.  
Lateralidad: Derecha.  
Empresa actual: DROGUERIA EXTRA 2

Fecha del accidente según HC Medicina General: 21/10/2019.

Descripción del evento según HC Medicina General: “Paciente quien afirma hace aprox. una hora, se encontraba en calidad de conductora de motocicleta, cuando cae en un hueco, refiere portar casco, sin embargo, al caer en el hueco sale eyectada hacia adelante, con trauma en cabeza, en cara, en tórax anterior, y sobre las piernas con posterior dolor y limitación funcional marcada por lo cual es traída en ambulancia del sitio del accidente.”

#### **Resumen de información clínica:**

#### **Conceptos/Paraclínicos de importancia:**

Concepto de Medicina General (último aportado) del 21/10/2019: Paciente quien afirma hace aprox. una hora, se encontraba en calidad de conductora de motocicleta, cuando cae en un hueco, refiere portar casco, sin embargo al caer en el hueco sale eyectada hacia adelante, con trauma en cabeza, en cara, en tórax anterior, y sobre las piernas con posterior dolor y limitación funcional marcada por lo cual es traída en ambulancia del sitio del accidente. En el momento afirma cefalea, dolor sobre labio superior y dolor intenso con limitación de ambas rodillas. Niega dolor torácico, dolor abdominal, dorsalgia o lumbalgia. examen físico Aspecto General: Alerta,



mucosas húmedas rosadas. Cabeza: Normocéfalo, no lesiones. Cara: Herida compleja irregular sobre región entre labio superior y nariz. Ojos: Pupilas isocóricas fotorreactivas. Cuello: No adenopatías, traquea central. No dolor a la palpación de apófisis espinosas, no crepitación ni dolor. ORL: Mucosas húmedas, rosadas. Tórax: Torax sin alteraciones, Pulmones ventilados normo expansivos. Abdomen: Blando, peristaltismo +, no signos de irritación peritoneal. SNC: Alerta, orientado en las tres esferas, no déficit motor ni sensitivo. Genitourinario: No valorado. Extremidades: Edema de rodillas con dolor intenso a la palpación y deformidad en varo bilateral tibial. Escoriaciones locales pequeñas. Pulsos Periférico: (++)/++++), Presentes Piel y Tejidos: Sin alteraciones, análisis y conducta paciente quien sufre politraumatismo en accidente de tránsito: motocicleta vs asfalto. \* TCE leve: escala canada 2 puntos. \* Trauma columna cervical: escala canada 1 punto. \* Trauma cerrado de tórax y abdomen: valorado por Cx general, indican toma de Rx de tórax, y observación de abdomen. \* Trauma de miembros inferiores: sospecha fractura bilateral de tibias: se indican Rx de rodillas bilateral. \* Trauma facial: herida labio superior y fractura dental #23, se solicita valoración por Cx plástica y de manera ambulatoria por Cx maxilofacial-odontología. Diagnostico motociclista lesionado en accidente de transporte sin colision, conductor lesionado.

Concepto de Ortopedia (último aportado) del 25/02/2022: Paciente con cuadro de dolor de aproximadamente 3 años de evolución de dolor en ambas rodillas, antecedente traumático accidente de tránsito, presento fractura de platillos tibiales bilateral operada con reducción abierta osteosíntesis. consulta por persistencia de dolor y sensación de inestabilidad. al examen fisico ingresa caminando con apoyo de baston, rodillas sin derrame articular, no dolor en cicatrices, no cambios inflamatorios en piel. al examen fisico de estabilidad de rodillas rodilla izquierda: cajón anterior +, lachman dudoso. pivot shift. rodilla derecha: cajón anterior +, pivot shift dudos, lachman negativo. analisis: paciente con muy buena evolución de sus fracturas teniendo en cuenta la gran magnitud de las mismas, clínicamente con arcos de movilidad completos, sin derrame articular, sensación de inestabilidad, al examen fisico signos positivos de inestabilidad de rodilla paciente con posible ruptura bilateral de ligamentos cruzados anteriores. recomiendo retiro de material de osteosíntesis para disminución del dolor y posterior estudio con RMN de ambas rodillas para visualización de estructuras ligamentarias en rodillas, según hallazgos programación para plástica ligamentaria. desde el punto de vista de dolor se decide inicio de destete de tramadol con disminución de dosis hasta llega a cero en un plazo de 8 meses. (se explica, a paciente esquema) se decide inicio de tratamiento analgesico oral a base de pregabalina, acetaminofen \* codeina, etoricoxib. actualización de radiografías. Alta por ortopedia para continuar tramite en junta regional de calificación de invalidez. Diagnostico Otro dolor cronico, Gonartrosis no especificada, Fractura de la epífisis superior de la tibia

Concepto de Cirugía vascular (último aportado) del 17/03/2022: Edemas crónicos bilaterales de MSIS, manejo medico por eps con flebotonicos, refiere accidente de moto, presento trauma directo en ambas rodillas, (platillos tibiales) hace 2 años, refiere secuela de mayores edemas bilaterales además sobrepeso. Examen fisico extremidades no sx de isquemia critica, pulsos normales edema GI, no sx de TVP, no dilataciones venosas linfedema bilateral, observaciones pacientes con secuela traumática irreversible la cual no es curable solo tratable medicamente como es la linfedema, requiere manejo cronico con flebotonicos y uso de medias de compresion, adema bajar de peso, no requiere intervención QX por CX vascular, Alta por cx vascular. Diagnostico Lipolinfedema bilateral secundario, Obesidad mórbida.

Concepto de Cirugía maxilofacial (último aportado) del 08/04/2022: Paciente femenina de 41 años que refiere accidente de moto hace aproximadamente 2 años en el cual tuvo varias lesiones en miembros inferiores y en región facial, lo cual le provoco lesión en tejido dentario en dientes 21 y 22 con infracturas y en región labial superior deformidad residual postraumática por cicatriz hipertrófica asimétrica. Antecedentes médicos: Paciente que no padece de enfermedad crónica y no reporta alergias de importancia, refiere antecedentes de varicetomías Examen fisico facial se observa cicatriz hipertrófica en región labial superior ja cual provoca deformidad de la anatomía labial con afectación estética Examen clínico bucal: Diente 21 y 22 con infracturas del esmalte, plan de tratamiento sin tratamiento solo aplicación de cremas cicatrizantes. Observaciones: Paciente con





secuela traumática irreversible la cual no es curable, solo tratable medicamente, no requiere intervención quirúrgica por cirugía maxilofacial por lo cual se encuentra de Alta por cirugía maxilofacial, impresión diagnóstica deformidad residual postraumática del labio superior, cicatriz hipertrófica.

**NOTA:** Demás historia clínica aportada al expediente. Los conceptos antes anotados corresponden a resúmenes de los mismos y NO a transcripciones exactas de su contenido. En el análisis del presente caso se analizó a profundidad la TOTALIDAD de la historia clínica aportada, la cual incluye conceptos clínicos y reportes paraclínicos. Finalmente, se resalta que solo se anotan algunos conceptos relevantes en el presente dictamen aún cuando se han analizados todos los aportados.

### Concepto de rehabilitación

**Proceso de rehabilitación:** Sin información

### Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

**Fecha:** 16/05/2022 **Especialidad:** PSICÓLOGO JRCIV

Mujer de 41 años, residente en Cali, labora para DROGUERIA EXTRA 2, con base en la anamnesis y examen físico descrito por las evaluaciones de los médicos tratantes, se procede a calificar el título II, capítulos II\_III de la calificación del rol laboral y otras actividades ocupacionales como lo indica el decreto 1507/2014 Ante la contingencia sanitaria actual en el País (COVID-19) y existiendo suficiente Historia Clínica, se procede calificar PCL POR EXPEDIENTE

**Fecha:** 16/05/2022 **Especialidad:** Medicina del Trabajo

#### Importante:

En el presente caso, no se ha podido contactar al trabajador a los números celulares anotados en su Expediente (3206799314), se le envió a su dirección electrónica copia del Comunicado de la JRCI-VALLE para informarle que se resolvería su caso con las pruebas existentes y que podría aportar en el transcurso de los días previos a la Audiencia Virtual de la Sala 1, todos los documentos, conceptos y paraclínicos que aún no reposen en el Expediente.-

#### **Análisis y conclusiones:**

##### Concepto:

Se procede a calificar PCL según MUCI vigente.

En cuanto al origen del evento ocurrido el 21/10/2019, no se aportaron al expediente fundamentos que permitan asociarlo a la labor, por lo cual se procede a determinar origen **ACCIDENTE COMUN**.

### 6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional

#### Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

#### Diagnósticos y origen



| CIE-10 | Diagnóstico   | Diagnóstico específico   | Fecha | Origen          |
|--------|---|--|-------|-----------------|
| S821   | Fractura de la epífisis superior de la tibia            | Fractura de platillos tibiales bilateral.  |       | Accidente común |
| I890   | Linfedema, no clasificado en otra parte                 | Lipolinfedema bilateral secundario   |       | Accidente común |
| S005   | Traumatismo superficial del labio y de la cavidad bucal | Cicatriz hipertrófica postraumática del labio superior / Fractura de piezas dentales 21-22 .Fractura de platillos tibiales bilateral.Lipolinfedema bilateral secundario. |       | Accidente común |

### Deficiencias

| Deficiencia   | Capítulo | Tabla | CFP | CFM1 | CFM2 | CFM3 | Valor | CAT | Total        |
|---|----------|-------|-----|------|------|------|-------|-----|--------------|
| Deficiencia por Enfermedad vascular periférica de miembros inferiores | 2        | 2.8   | 1   | 0    | 2    | NA   | 8,00% |     | 8,00%        |
| <b>Valor combinado</b>  |          |       |     |      |      |      |       |     | <b>8,00%</b> |

| Deficiencia   | Capítulo | Tabla | CFP | CFM1 | CFM2 | CFM3 | Valor | CAT | Total        |
|---|----------|-------|-----|------|------|------|-------|-----|--------------|
| Deficiencia por alteraciones de la masticación y la fase oral de la deglución | 4        | 4.5   | 0   |      |      | NA   | 0,00% |     | 0,00%        |
| <b>Valor combinado</b>  |          |       |     |      |      |      |       |     | <b>0,00%</b> |

| Deficiencia                           | Capítulo | Tabla | CFP | CFM1 | CFM2 | CFM3 | Valor | CAT | Total        |
|---------------------------------------|----------|-------|-----|------|------|------|-------|-----|--------------|
| Deficiencias por desfiguración facial | 6        | 6.2   | 1   | 4    | 0    | NA   | 5,00% |     | 5,00%        |
| <b>Valor combinado</b>                |          |       |     |      |      |      |       |     | <b>5,00%</b> |

| Deficiencia   | Capítulo | Tabla | CFP | CFM1 | CFM2 | CFM3 | Valor  | CAT | Total         |
|---|----------|-------|-----|------|------|------|--------|-----|---------------|
| Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático | 12       | 12.5  | 1   | NA   | NA   | NA   | 10,00% |     | 10,00%        |
| <b>Valor combinado</b>  |          |       |     |      |      |      |        |     | <b>10,00%</b> |

| Deficiencia                                       | Capítulo | Tabla | CFP | CFM1 | CFM2 | CFM3 | Valor | CAT | Total        |
|---|----------|-------|-----|------|------|------|-------|-----|--------------|
| Deficiencia por alteración de miembros inferiores | 14       | 14.12 | NA  | NA   | NA   | NA   | 0,00% |     | 0,00%        |
| <b>Valor combinado</b>                            |          |       |     |      |      |      |       |     | <b>0,00%</b> |

| Capítulo  | Valor deficiencia |
|---|-------------------|
| Capítulo 2. Deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular.                 | 8,00%             |
| Capítulo 4. Deficiencias por alteración del sistema digestivo.                        | 0,00%             |
| Capítulo 6. Deficiencias por trastornos de la piel, faneras y daño estético.          | 5,00%             |
| Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.                  | 10,00%            |
| Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores. | 0,00%             |

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar</b> | <b>21,34%</b> |
|---|---------------|

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)



Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.

$$\frac{A + (100 - A) \cdot B}{100}$$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

100

**Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5**

**10,67%**

## **Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales**

### **Rol laboral**

|  |              |
|--|--------------|
| Restricciones del rol laboral  | 5            |
| Restricciones autosuficiencia económica                              | 0            |
| Restricciones en función de la edad cronológica                      | 1.5          |
| <b>Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)</b> | <b>6,50%</b> |

### **Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)**

|   |     |  |   |     |  |   |     |  |
|---|-----|--|---|-----|--|---|-----|--|
| A | 0,0 | No hay dificultad, no dependencia.     | B | 0,1 | Dificultad leve, no dependencia.           | C | 0,2 | Dificultad moderada, dependencia moderada. |
| D | 0,3 | Dificultad severa, dependencia severa. | E | 0,4 | Dificultad completa, dependencia completa. |   |     |  |

| d1 | 1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento | 1.1<br>d110 | 1.2<br>d115 | 1.3<br>d140-d145 | 1.4<br>d150 | 1.5<br>d163  | 1.6<br>d166  | 1.7<br>d170 | 1.8<br>d172 | 1.9<br>d175-d177 | 1.10<br>d1751 | Total |
|----|--|-------------|-------------|------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|------------------|---------------|-------|
|    |  | 0           | 0           | 0                | 0           | 0            | 0            | 0           | 0           | 0                | 0             | 0     |
| d3 | 2. Comunicación                              | 2.1<br>d310 | 2.2<br>d315 | 2.3<br>d320      | 2.4<br>d325 | 2.5<br>d330  | 2.6<br>d335  | 2.7<br>d345 | 2.8<br>d350 | 2.9<br>d355      | 2.10<br>d360  | Total |
|    |  | 0           | 0           | 0                | 0           | 0            | 0            | 0           | 0           | 0                | 0             | 0     |
| d4 | 3. Movilidad                                 | 3.1<br>d410 | 3.2<br>d415 | 3.3<br>d430      | 3.4<br>d440 | 3.5<br>d445  | 3.6<br>d455  | 3.7<br>d460 | 3.8<br>d465 | 3.9<br>d470      | 3.10<br>d475  | Total |
|    |  | 0           | 0           | 0                | 0           | 0            | 0.2          | 0.2         | 0.2         | 0.2              | 0.4           | 1.2   |
| d5 | 4. Autocuidado personal                      | 4.1<br>d510 | 4.2<br>d520 | 4.3<br>d530      | 4.4<br>d540 | 4.5<br>d5401 | 4.6<br>d5402 | 4.7<br>d550 | 4.8<br>d560 | 4.9<br>d570      | 4.10<br>d5701 | Total |
|    |  | 0           | 0           | 0                | 0.2         | 0.2          | 0.2          | 0           | 0           | 0.2              | 0.2           | 1     |
| d6 | 5. Vida doméstica                            | 5.1<br>d610 | 5.2<br>d620 | 5.3<br>d6200     | 5.4<br>d630 | 5.5<br>d640  | 5.6<br>d6402 | 5.7<br>d650 | 5.8<br>d660 | 5.9<br>d6504     | 5.10<br>d6506 | Total |
|    |  | 0           | 0           | 0                | 0.2         | 0.2          | 0            | 0           | 0           | 0                | 0             | 0.4   |

**Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)**

**2.6**

**Valor final título II**

**9,10%**



### 7. Concepto final del dictamen pericial

|  |               |
|--|---------------|
| Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I                         | 10,67%        |
| Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II | 9,10%         |
| <b>Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)</b>  | <b>19,77%</b> |

**Origen:** No aplica

**Riesgo:** No aplica

**Fecha de estructuración:** 08/04/2022

**Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:**

Corresponde a la valoración por Concepto de Cirugía maxilofacial donde se establece la mejoría médica máxima del paciente.

**Nivel de pérdida:** Incapacidad permanente parcial

**Muerte:** No aplica

**Fecha de defunción:**

**Ayuda de terceros para ABC y AVD:**  
No aplica

**Ayuda de terceros para toma de decisiones:** No aplica

**Requiere de dispositivos de apoyo:** No aplica

**Enfermedad de alto costo/catastrófica:**  
No aplica

**Enfermedad degenerativa:** No aplica

**Enfermedad progresiva:** No aplica

### 8. Grupo calificador

David A

Alvarez Rincon

Firmado digitalmente por  
David A Alvarez Rincon  
Fecha: 2022.05.23 11:38:52  
-04'00'

David Andrés Álvarez Rincón

**Médico ponente**

Miembro Principal Sala 1

HECTOR

VELASQUEZ RODAS

Firmado digitalmente por  
HECTOR VELASQUEZ RODAS  
Fecha: 2022.05.23 12:24:53  
-05'00'

Hector Velásquez Rodas

Miembro Principal Sala 1

ZOILO ROSENDO

DELVASTO RICAURTE

Firmado digitalmente por ZOILO  
ROSENDO DELVASTO RICAURTE  
Fecha: 2022.05.23 11:44:22 -05'00'

Zoilo Rosendo Delvasto Ricaurte

Miembro Principal Sala 1



**MinTrabajo**  
República de Colombia

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**  
NIT. 805012111-1



**EJE- 22-0354**

**LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SALA UNO DE  
LA JUNTA REGIONAL DE LA CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE  
DEL CAUCA**

**CERTIFICA:**

Declárese en firme el Dictamen N.º **31484077-2084** de fecha **23 de mayo de 2022** de calificación de **PERDIDA DE CAPADIDAD LABORAL** de la patología del Señor(a) **PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ**, Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **31484077**.

Se aclara que este dictamen fue solicitado para trámite administrativo, por lo tanto, se expide la Ejecutoria en los mismos términos.

Se firma la presente certificación, a los 23 días del mes de mayo de 2022.

  
**María Cristina Tabares Oliveros**  
Representante Legal  
Directora Administrativa y Financiera

**MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS**  
**Directora Administrativa y Financiera Sala No. 1**

**COPIA: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ.**

**EXPEDIENTE – CONSECUTIVO**

Trabajo en casa circular 0021 de marzo de 2020 Mintrabajo)

Luisa R.

Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.  
Calle 5E No. 42 A - 05 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca). PBX: 5531020.  
Cuenta Ahorros: 0173 0010 2021 Banco: Davivienda

## ENVIÓ DE NOTIFICACIÓN Y DICTÁMEN JUNTA REGIONAL DEL VALLE: PAOLA FERNANDA LOZANO RAMIREZ

Notificacion Sala Uno <notificacionsala1@juntavalle.com>

Lun 23/05/2022 17:51

Para: andresfelipenovoa@yahoo.es <andresfelipenovoa@yahoo.es>; pafelo80@hotmail.com <pafelo80@hotmail.com>

Cordial saludo, envié notificación y dictamen de la audiencia virtual llevada a cabo el día 23 de mayo del presente año, sala 1.

# Confirmar si están completos, gracias.



Luisa Fernanda Rodríguez Urueña  
Auxiliar Administrativa  
PBX: (052) 553 1020 Ext. 103  
[notificacionsala1@juntavalle.com](mailto:notificacionsala1@juntavalle.com)  
Calle 5E # 42-44 Barrio Tequendama  
Santiago de Cali, Valle del Cauca  
[www.juntavalle.com](http://www.juntavalle.com)

**AVISO IMPORTANTE:** Señor usuario, esta dirección electrónica es de uso exclusivo para la notificación de Dictámenes y Ejecutorias de la Sala Uno, por lo anterior a través de la misma, no se reciben solicitudes ni comunicaciones de tipo PQRS, Judiciales, Recursos, Controversias, Pagos de Honorarios, Solicitudes de información, etc. Nuestras direcciones electrónicas habilitadas para estos servicios según el caso son:

Solicitudes generales y PQRS: [solicitudes@juntavalle.com](mailto:solicitudes@juntavalle.com)

Recursos: [recursos@juntavalle.com](mailto:recursos@juntavalle.com)

Historias Clínicas para calificación: [expedientes@juntavalle.com](mailto:expedientes@juntavalle.com)

Solicitudes Judiciales: [judicial@juntavalle.com](mailto:judicial@juntavalle.com)

Igualmente lo invitamos a utilizar nuestros canales alternos de atención al usuario por medio de la página web:

[www.juntavalle.com](http://www.juntavalle.com)

PBX: (52) 553 1020

La información contenida en este e-mail y sus anexos son de carácter confidencial para el uso exclusivo del destinatario. Si Usted no es el receptor autorizado, cualquier revisión, retención, difusión, distribución o copia de este mensaje y sus anexos son prohibidos y sancionada por la ley. Si recibió este mensaje por equivocación, por favor envíelo al remitente y bórralo inmediatamente.

Acorde con la LEPD, el titular presta su consentimiento para que sus datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de la base de datos de la Junta regional de Calificación de invalidez, Valle del Cauca como responsable directo de dicha información. La finalidad de esta base de datos será la gestión administrativa de la entidad y él envié de comunicaciones sobre los servicios que la Junta brinda.