


## SUBSANACION DEMANDA CLINICA FRACTURAS VS. LA EQUIDAD. RAD.: 2023-814

Mireya Sanchez Toscano <mireyasanchezt@hotmail.com>

Mar 28/11/2023 8:42 AM

Para: Juzgado 06 Pequeñas Causas Competencias Múltiple - Huila - Neiva <cmpl09nei@cendoj.ramajudicial.gov.co>  
CC: Notificacionesjudicialeslaequidad <notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop>

 3 archivos adjuntos (7 MB)

SUBSANACION 2023-814.pdf; CERTIFICADO SANCHEZ T.pdf; factura39795 (1).pdf;

Buenos días,

Por medio del presente escrito y con el acostumbrado respeto me permito allegar SUBSANACION de la demanda dentro del proceso de la referencia.

Cordialmente,

**MIREYA SANCHEZ TOSCANO**

**ABOGADA**

**Celular:** 3002242742

**E-Mail:** mireyasanchezt@hotmail.com

Señor

**JUEZ 6º PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA – HUILA**  
E.S.D.

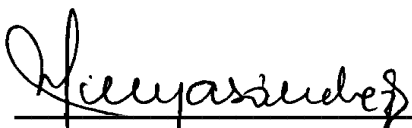
**Referencia:** Proceso ejecutivo propuesto por **LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.** contra **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC.** Radicación: **2023 – 00814.**

**Asunto:** Subsanación Demanda.

**MIREYA SANCHEZ TOSCANO** mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Neiva (H), identificada con cédula de ciudadanía No. 36.173.846 expedida en Neiva (H) y portadora de la tarjeta profesional No. 116.256 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en representación de **LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**; de manera atenta, por medio del presente escrito y estando dentro del término de ley, me permito **SUBSANAR** la demanda de la referencia, la cual fuera inadmitida por medio de auto calendado el 20 de noviembre de 2023, así:

1. Frente al primer punto de la inadmisión me permito indicar que con la presente se allega el respectivo certificado de existencia y representación legal de **SANCHEZ TOSCANO & CIA SAS**, en el cual se corrobora la calidad de representante legal de la abogada Mireya Sanchez Toscano.
2. Así mismo se aporta de manera digital y clara la factura No. 39795 junto con el certificado **RADIAN**, para su revisión.

Cordialmente,



**MIREYA SANCHEZ TOSCANO**  
CC. No.36.173.846 de Neiva  
T.P. No.116.256 del C.S. de la J.



**CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA**  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 27/11/2023 - 17:31:45  
**Recibo No.** S001448010, Valor 7200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN** HS8qSvEQxm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

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

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón Social : SANCHEZ TOSCANO & CIA S.A.S.  
Nit : 901025052-1  
Domicilio: Neiva, Huila

**MATRÍCULA**

Matrícula No: 289183  
Fecha de matrícula: 08 de noviembre de 2016  
Ultimo año renovado: 2023  
Fecha de renovación: 31 de marzo de 2023  
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal : CARRERA 4 NO. 10-53 - El centro  
Municipio : Neiva, Huila  
Correo electrónico : mireyasanchezt@hotmail.com  
Teléfono comercial 1 : 3002242742  
Teléfono comercial 2 : 8667614  
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CARRERA 4 NO. 10-53 - El centro  
Municipio : Neiva, Huila  
Correo electrónico de notificación : mireyasanchezt@hotmail.com  
Teléfono para notificación 1 : 3002242742  
Teléfono notificación 2 : 8667614  
Teléfono notificación 3 : No reportó.

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**CONSTITUCIÓN**

Por documento privado del 08 de noviembre de 2016 de la Asamblea Constitutiva de Neiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de noviembre de 2016, con el No. 46224 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada SANCHEZ TOSCANO & CIA S.A.S.

**TÉRMINO DE DURACIÓN**

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

**OBJETO SOCIAL**

**CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA**  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 27/11/2023 - 17:31:45  
**Recibo No.** S001448010, Valor 7200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN** HS8qSvEQxm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Objeto social. Conforme a lo dispuesto en la legislación comercial Colombiana y con base en lo consagrado por el artículo 75 de la Ley 1564 de 2012, código general del proceso, según el cual podrá otorgarse poder a una persona jurídica cuyo objeto social principal sea la prestación de servicios jurídicos. En este evento, podrá actuar en el proceso cualquier profesional del derecho inscrito en su certificado de existencia y representación legal. Lo anterior, sin perjuicio de que la persona jurídica pueda otorgar o sustituir el poder a otros abogados ajenos a la firma. Las cámaras de comercio deberán proceder al registro de que trata este inciso, la sociedad sanchez toscano & cia S.A.S contará con el personal idóneo y competente para ejecutar el siguiente objeto principal: 1) La prestación de servicios en asesoría y gestión profesional y jurídica, 2) celebración y ejecución de contratos con entidades financieras y del sector real, compra y venta de cartera y administración de gestión y recuperación de recaudos, 3) celebración y ejecución de contratos, capacitaciones, estudios, análisis, recuperación de cartera, venta de cartera hipotecarias, comerciales, y en general todos los procesos de asesoría en el sector privado comercial y gubernamental, 4) a) adquirir, vender, permutar, o construir tomar o dar en arrendamiento bienes raíces o inmuebles rurales o urbanos para los objetos antes mencionados a su favor. B) solicitar y obtener cartas de crédito los objetos antes mencionados. C) constituir gravámenes reales o personales y aceptar los que le sean otorgados a su favor. D) solicitar y obtener cartas de crédito, girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar, negociar y descontar toda clase de títulos valores. E) tomar o dar dinero en mutuo o préstamo, con o sin garantía de los bienes sociales, sea con particulares, establecimientos, corporaciones financieras y demás entidades que se dediquen a operaciones de incremento comercial e industrial. F) participar en toda clase de licitaciones concursos públicos o privados y ejecutar los actos o contratos complementarios de los anteriores y los demás que tenga relación con la existencia y financiamiento de la sociedad. G) elaboración de reglamentos de propiedad horizontal y asesoría jurídica de todo lo relacionado con los bienes raíces. H) realizar todo tipo de relaciones jurídicas, administrativas, comerciales y demás transacciones que tengan que ver con el objeto social. Así mismo, podrá realizar cualquier otra actividad económica lícita. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad. La sociedad no podrá garantizar obligaciones de terceros.

**CAPITAL**

**\* CAPITAL AUTORIZADO \***

Valor	\$ 50.000.000,00
No. Acciones	500.000,00
Valor Nominal Acciones	\$ 100,00

**\* CAPITAL SUSCRITO \***

Valor	\$ 15.000.000,00
No. Acciones	15.000,00
Valor Nominal Acciones	\$ 1.000,00

**\* CAPITAL PAGADO \***

Valor	\$ 15.000.000,00
No. Acciones	15.000,00
Valor Nominal Acciones	\$ 1.000,00

**CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA**  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 27/11/2023 - 17:31:45  
**Recibo No.** S001448010, Valor 7200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN** HS8qSvEQxm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**REPRESENTACIÓN LEGAL**

gerencia. El uso de la razón social de la compañía y su representación legal y administrativa estarán a cargo de un gerente que podrá tener uno o varios suplentes, quienes remplazarán al gerente en sus faltas absolutas, temporales o accidentales con las mismas facultades y atribuciones de este, designados por la Asamblea de accionistas. En el gerente delegan los socios la personería de la empresa y su administración con las mas amplias facultades dispositivas y administrativas.

**FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

funciones. Además de los actos de disposición y administración concernientes al giro ordinario de las operaciones de la sociedad, son atribuciones del gerente: A) representar legalmente a la sociedad y celebrar toda clase de actos o contratos sin límite de cuantía. B) ejecutar las decisiones y órdenes de la Asamblea de accionistas y convocarla cuando así lo requieran los intereses sociales. C) custodiar los bienes sociales. D) informar cada seis (6) meses a la Asamblea de accionistas acerca de los negocios ejecutados y a ejecutarse. E) rendir los informes respectivos y presentar los balances anuales correspondientes. F) constituir apoderados o mandatarios que representen a la sociedad judicial administrativa o extrajudicialmente. G) nombrar y remover los empleados de la sociedad que no sean de la competencia de la Asamblea de accionistas y fijarles su remuneración. H) designar y/o remover directamente y mediante documento privado que será objeto de registro en la cámara de comercio del domicilio social de la empresa, a los profesionales en derecho que actuarán como abogados inscritos.

**NOMBRAMIENTOS**

**REPRESENTANTES LEGALES**

Por documento privado del 08 de noviembre de 2016 de la Asamblea Constitutiva, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 09 de noviembre de 2016 con el No. 46224 del libro IX, se designó a:

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>
GERENTE	MIREYA SANCHEZ TOSCANO	C.C. No. 36.173.846
SUPLENTE	JUAN SEBASTIAN SUAZA SANCHEZ	C.C. No. 1.075.229.477

**PODERES**

Por documento privado del 13 de enero de 2020 de el Representante Legal, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 15 de enero de 2020 con el No. 55707 del libro IX, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a **MARIA CAMILA MEJIA TRUJILLO identificado con CC. No. 1075262023** y **JESUS ALBERTO CEDEÑO TORRES identificado con CC. No. 7729739** y **YURLEY NATALIA TRUJILLO CASTAÑEDA identificado con CC. No. 1075285045**, para que

**CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA**  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 27/11/2023 - 17:31:45  
**Recibo No.** S001448010, Valor 7200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN** HS8qSvEQxm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**REFORMAS DE ESTATUTOS**

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

**DOCUMENTO**

**INSCRIPCIÓN**

\*) Acta No. 1 del 08 de marzo de 2018 de la Reunion 50015 del 15 de marzo de 2018 del libro IX Extraordinaria Asamblea De Accionistas

**RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

**Actividad principal Código CIIU:** M6910

**Actividad secundaria Código CIIU:** M6920

**Otras actividades Código CIIU:** No reportó

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN [WWW.RUES.ORG.CO](http://WWW.RUES.ORG.CO).

**INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA.

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

Ingresos por actividad ordinaria : \$703.934.000,00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : M6910.

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA - REPORTE A ENTIDADES**

A. Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES. b. Se

**CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA**  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 27/11/2023 - 17:31:45  
Recibo No. S001448010, Valor 7200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN HS8qSvEQxm**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=23> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

realizó la inscripción de la empresa y/o establecimiento en el Registro de Identificación Tributaria (RIT).


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

**IMPORTANTE:** La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.



**Yira Marcela Chilatra Sánchez**  
Secretaria Jurídica

---

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

---



## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

\*No Somos Grandes Contribuyentes

\*No Somos Autoretenedores de Renta

\*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA, 2022.12.20	16:31:23	2023.01.19

FACTURA DE VENTA No.

FEC1 - 39795

ENTIDAD RESPONSABLE	( AT1601 )	TIPO CONTRATO	VIA DE INGRESO
NIT: 860028415	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12	BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS
CONTRATO/PLAN	REGIMEN	AUTORIZACION	FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO)
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	2022.11.22 - 17:23 2022.11.22 - 19:32

## PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 55163254 GUEVARA OSSO ALICIA

EDAD: 58 Años

DIRECCION: CALLE 32 N 8-32

NEIVA

TELEFONO: 3118006194

## OBSERVACIONES:

COD.SS/MAT	DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/	Fecha	Codigo	Via	GRQ	%	FACT	MD	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
<b>MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</b>											
	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500
<b>MEDICAMENTOS</b>											
19927257	CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML BAXTER								1	4,819	4,819
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,800
<b>IMAGENES DX</b>											
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.11.22	873121	MJJ					1	73,000	73,000
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.11.22	873121	MJJ					1	73,000	73,000
21712	TORAX	2022.11.22	879301	CAR					1	580,700	580,700
<b>AMBULANCIAS</b>											
	TRASLADO IDA Y VUELTA URBANO AMBULANCIA	2022.11.22	TR006						1	310,000	310,000
<b>OTROS</b>											
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2022.11.22	890701	MJJ					1	65,700	65,700
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2022.11.22	S22101	MBD					1	23,700	23,700
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2022.11.22	MERCUCROMO	MBD					10	0	0

VALOR BRUTO: 1,150,519

CUOT.MODER/COPAGO

0

TOTAL A PAGAR \$

1,150,519

SON: UN MILLON CIENTO CINCUENTA MIL QUINIENTOS DIEZ Y NUEVE PESOS M/CTE.

Fecha/Hora validacion DIAN 2022.12.20 04:31:55 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR: IYM

INGRID YISETH MURCIA BERREIRO

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

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODO FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR

Autorizacion de facturacion de la Lian: 1

Modalidad ELECTRONICA

Cufe: a141d6d2be0fb0f192a54853667a64cc2ea00287810e791fa71c114555992c3df03e0793dc64bcc5042b12e72bfaed2



IRREVOCABLE Y NO SUJETA POR EL CLIENTE

29 de Diciembre del 2022

7 CODIGO DEL COMERCIO 800.110.181-9

\* una 20085059 18 Meses

40000 AUTORIZA





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

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

Factura electrónica de venta:  
No. FEC139795

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:  
(fecha de la firma electrónica):  
2022-12-20 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:  
TÍTULO VALOR

CUFE:  
a141d66d2be06b0f192a54853667a64cc2ea00287810e791fa7  
1c114555992c3df03e0793dc64bcc5042b12e72bfa6d2

RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR:  
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

RAZÓN SOCIAL DEL ADQUIRIENTE:  
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO  
COOPERATIVO

NIT:  
800110181

NIT:  
860028415

VALOR DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:  
1150519

FORMA DE PAGO:  
A CRÉDITO

DIVISA:  
COP

VENCIMIENTO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA:  
2023-01-19 UTC-5

## VALIDACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CUDE:  
6241192ede8842bb2af2e5e98cd9866e2a721e83dc7ab70bca5  
aa4995d7b4f3d6614cdccceff2d7c120fb662b82333e3

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:  
Unidad Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

FECHA DE VALIDACIÓN:  
2022-12-20 04:31:55.000 UTC-5

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

RECEPTOR DEL EVENTO:  
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

## NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:

✓ Documento validado por la DIAN



La validez de este documento podrá verificarse en la página  
[www.dian.gov.co](http://www.dian.gov.co)

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

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

Factura electrónica de venta:  
No. FEC139795

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:  
(fecha de la firma electrónica):  
2022-12-20 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:  
TÍTULO VALOR

CUFE:  
a141d66d2be06b0f192a54853667a64cc2ea00287810e791fa7  
1c114555992c3df03e0793dc64bcc5042b12e72bfa6d2

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

CUDE:  
a25c7e1313d2aa302cd3ee4306bf8593589c8f95298fbd3a48a5  
5ea78a8ddd31bd5fb97ed29fc5982892f11adb963d11

FECHA DE VALIDACIÓN:  
2022-12-20 10:06:37.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:  
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:**

✓ Documento validado por la DIAN

**EVENTO 032: Recibo del bien o prestación del servicio**

CUDE:  
3a043e84c7a11ebbf5d285a6a4a40f7807c4d427d879e9ce8e1d  
cf06c8704c0b11ccd2617801783ea71be805039cbfdd

FECHA DE VALIDACIÓN:  
2022-12-21 12:05:54.000 UTC-5

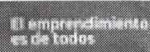
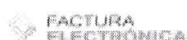
PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL EVENTO:  
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO  
COOPERATIVO

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

RECEPTOR DEL EVENTO:  
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:**

✓ Documento validado por la DIAN



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

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

Factura electrónica de venta:  
No. FEC139795

Fecha de generación de la factura electrónica de venta:  
(fecha de la firma electrónica):  
2022-12-20 12:00:00.000 UTC-5

Estado vigente:  
TÍTULO VALOR

CUFE:  
a141d66d2be06b0f192a54853667a64cc2ea00287810e791fa7  
1c114555992c3df03e0793dc64bcc5042b12e72bfa6d2

**EVENTO 033: Aceptación expresa de la Factura Electrónica de Venta**

CUDE:  
226173be0ba73fdc3dde595cda7a24a23b4b4ef14454716d34d  
0e33afe8100739e73f19006389a9aae53d2dff5c8d344

FECHA DE VALIDACIÓN:  
2022-12-21 12:06:14.000 UTC-5

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

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

RECEPTOR DEL EVENTO:  
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**NOTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN POR LA DIAN:**

✓ Documento validado por la DIAN

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

NRO. TOTAL DE DOCUMENTOS: 1

NRO. TOTAL DE EVENTOS: 3

**FIN DE ESTE DOCUMENTO**

El interesado debe comunicar a la Dirección de Impuestos y  
Aduanas Nacionales, cualquier falla o error en el registro de los  
documentos o eventos.

FECHA: 9/26/2023 -EXPEDIDO EN: BOGOTÁ





## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

\*No Somos Grandes Contribuyentes

\*No Somos Autoretenedores de Renta

\*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio

Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



FECHA	HORA	VENCIMIENTO
NEIVA ,2022.12.20	16:31:23	2023.01.19

FACTURA DE VENTA No.  
FEC1 - 39795

<b>ENTIDAD RESPONSABLE</b> ( AT1501 )	<b>TIPO CONTRATO</b>	<b>VIA DE INGRESO</b>
NIT: 860028415 LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	EVENTO	URGENCIAS
DIRECCION: CRA 9A 99 07 P 12 BOGOTA	TELEFONO: 8713072	ORDEN SS 150491
<b>CONTRATO/PLAN</b>	<b>REGIMEN</b>	<b>AUTORIZACION</b>
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO)
		2022.11.22 - 17:23 2022.11.22 - 19:32

**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**

DOCUMENTO: CC - 55163254 GUEVARA OSSO ALICIA

EDAD : 58 Años

DIRECCION: CALLE 32 N 8-32 NEIVA

TELEFONO: 3118006194

**OBSERVACIONES:**

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

**MATERIAL MEDICO QUIRURGICO**

	GASA ESTERIL PAQUETICOS								4	0	0
010101	GUANTE EXAMRN TALLA S								2	0	0
	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2								1	500	500

**MEDICAMENTOS**

19927257	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER								1	4,819	4,819
19996775	ISODINE SOLUCION								10	0	0
20067651	DICLOFENACO 75MG /3ML								1	2,500	2,500
19933608	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.								10	0	0
19908969	ACETAMINOFEN 500 MG								20	250	5,000
51330-17	IBUPROFENO 400 MG TAB								20	580	11,600

**IMAGENES DX**

21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.11.22	873121	MJJ					1	73,000	73,000
21102	BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	2022.11.22	873121	MJJ					1	73,000	73,000
21712	TORAX	2022.11.22	879301	CAR					1	580,700	580,700

**AMBULANCIAS**

	TRASLADO IDA Y VUELTA URBANO AMBULANCIA	2022.11.22	TR006						1	310,000	310,000
--	---	------------	-------	--	--	--	--	--	---	---------	---------

**OTROS**

39145	CONSULTA DE URGENCIAS	2022.11.22	890701	MJJ					1	65,700	65,700
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2022.11.22	S22101	MBD					1	23,700	23,700
MERCUC	MERCURIO CROMO X CC	2022.11.22	MERCUCROMO	MBD					10	0	0

VALOR BRUTO:	1,150,519	CUOT.MODER/COPAGO	0	TOTAL A PAGAR \$	1,150,519
--------------	-----------	-------------------	---	------------------	-----------

SON: UN MILLON CIENTO CINCUENTA MIL QUINIENTOS DIEZ Y NUEVE PESOS M/CTE.\*\*\*\*\*

Fecha/Hora validacion DIAN 2022.12.20 04:31:55 PM

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : IYM

INGRID YISETH MURCIA BERREIRO

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

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

Autorizacion de facturacion de la Dian: 18764040386393 De Fecha: 2022.11.29 por una vigencia de: 18 Meses

Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00038896 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA

Cufe: a141d66d2be0cb0f192a54853667a64cc2ea00287810e791fa71c114555992c3df03e0793dc64bcc5042b12e72bfa6d2



ABONOS 569819  
ABONOS 0  
GLOSAS 0  
SALDO \$580700  
00  
CARTERA



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR  
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO  
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario	CAMILO ANDRES TORRES ORTIZ	No. Radicado									
Fecha Radicaci3n:	<table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	A	RG	<input type="checkbox"/>
D	D	M	M	A	A	A	A				
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}		Nro. Factura Cuenta de Cobro	FEC1- 39795								

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA		
Codigo Habilitacion:	410010046601	Nit:	8001101819

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

GUEVARA		OSSO									
1er. Apellido o Razon Social		2do. Apellido									
ALICIA											
1er. Nombre		2do. Nombre									
<table><tr><td>CC</td><td>X</td><td>CE</td><td>PA</td><td>TI</td><td>RC</td><td>AS</td><td>MS</td></tr></table>		CC	X	CE	PA	TI	RC	AS	MS	No. Documento: 55163254	
CC	X	CE	PA	TI	RC	AS	MS				
Tipo de Documento:		No. Documento:	55163254								
De: 41001	Fecha de Nacimiento: 1964/10/22	Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M								
Direcci3n: CALLE 32 N 8-32											
Departamento: HUILA	Cod. 41	Telefono:	3118006194								
Municipio: NEIVA	Cod. 001										
Condicion del accidentado:	<input type="checkbox"/> Conductor	<input type="checkbox"/> Peaton	<input checked="" type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Ciclista								

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

Naturaleza del Evento:	Accidente de Transito	<input checked="" type="checkbox"/>						
Naturales:	Sismo	<input type="checkbox"/>	Maremoto	<input type="checkbox"/>	Erup. Volcanicas	<input type="checkbox"/>	Hurac3n	<input type="checkbox"/>
	Inundaciones	<input type="checkbox"/>	Avalancha	<input type="checkbox"/>	Desliz. de Tierra	<input type="checkbox"/>	Incendio Natural	<input type="checkbox"/>
Terroristas:	Explosi3n	<input type="checkbox"/>	Masacre	<input type="checkbox"/>	Mina Antipersonal	<input type="checkbox"/>	Combate	<input type="checkbox"/>
	Incendio	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="checkbox"/>	Cual?		Ataques a Municipios			
Direcci3n de la Ocurrencia:	CARRERA 6 CON CALLE 6							
Fecha Evento/Accidente:	2022/11/22		Hora:	16:20				
Departamento:	HUILA		Cod.	41				
Municipio:	NEIVA		Cod.	001		Zona:	<input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R	
Informe del accidente (Relato breve de los hechos): PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KVV08F, PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES								

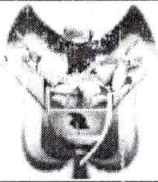
IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento:	Aseg.	<input checked="" type="checkbox"/>	No Aseg.	<input type="checkbox"/>	Vehi. Fantasma.	<input type="checkbox"/>	P3liza falsa	<input type="checkbox"/>	Vehiculo en Fuga	<input type="checkbox"/>
Marca:	AKT									
	Placa:	KVV08F								
Tipo de Servicio:	Particular	<input checked="" type="checkbox"/>	Publico	<input type="checkbox"/>	Oficial	<input type="checkbox"/>	Vehiculo de Emergencia	<input type="checkbox"/>		
Vehiculo de Servicio diplom3tico o consultar		<input type="checkbox"/>	Vehi. de transporte masivo	<input type="checkbox"/>	Vehi. Escolar	<input type="checkbox"/>				
Codigo Aseguradora:	AT1501		intervenci3n de la Auto.	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>			
Poliza SOAT No	8081948900		Cobro excedente P3liza	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vigencia de la Poliza:	Desde:	2022/07/7		Hasta:	2023/07/6					

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GUEVARA		OSSO								
1er. Apellido o Razon Social		2do. Apellido								
ALICIA										
1er. Nombre		2do. Nombre								
<table><tr><td>CC</td><td>X</td><td>CE</td><td>PA</td><td>NIT</td><td>TI</td><td>RC</td></tr></table>		CC	X	CE	PA	NIT	TI	RC	No. Documento 55163254	
CC	X	CE	PA	NIT	TI	RC				
Documento de identidad:		No. Documento	55163254							
Direccion:	NO REGISTRA									
Departamento:	HUILA	Cod.	41							
Municipio:	RIVERA	Cod.	615	Telefono:	NO REGISTR		Total Folios:	0		





FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR  
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO  
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

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

MORALES

1er.Apellido

FONSECA

2do.Apellido

FABIAN

1er.Nombre

ANDRES

2do.Nombre

Tipo de Documento:

☒ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐ AS

No. Documento 74185341

Dirección: CALLE 32 N 8 32

Departamento: HUILA

Cod. 41

Teléfono: 3118006194

Municipio: NEIVA

Cod. 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:

Remisión

☐

Orden servicio

☐

Fecha de Remisión:

//

a las

Prestador que remite:

Código de inscripción:

Dirección:

Teléfono:

Profesional que Remite:

Cargo:

Fecha de Aceptación:

//

a las

Prestador que recibe:

Código de inscripción:

Dirección:

Teléfono:

Profesional que recibe:

Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehículo:

Placa No.

Transporto la víctima desde :

Hasta :

Tipo de Transporte:

Ambulancia Básica

☐

Ambulancia Medicalizada

☐

Lugar donde recoge la víctima

Zona:

☐

☐

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

Fecha de ingreso: 2022/11/22 a las 17:23

Fecha de Egreso: 2022/11/22 a las 19:32

Diagnostico presuntivo de Ingreso

Diagnostico presuntivo de Egreso

Diagnostico definitivo de Ingreso

Diagnostico definitivo de Egreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico relacionado de Ingreso

Diagnostico relacionado de Egreso

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

JESUS

1er.Apellido del Médico o Profesional tratante

ANTONIO

2do.Apellido del Médico o Profesional tratante

MINDIOLA

1er.Nombre del Médico o Profesional tratante

JOLY

2do.Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo Documento

☒ CC ☐ CE ☐ PA

No. Documento

1118849376

Número de Registro de Médico

1118849376

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1150519	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

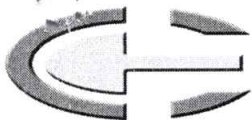
Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

23



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

## EPICRISIS

55163254 - 54517

FECHA EMISION: 22.12.16

HORA: 16:55:24

**PACIENTE: GUEVARA OSSO ALICIA**

DOC.IDENT: CC 55163254

SEXO: FEMENINO

DIRECCION: CALLE 32 N 8-32

FCHA.NACTO: 64.10.22

EDAD: 58 A

CUIDAD: NEIVA

TEL: 3118006194

EST.CIVIL: UNION.LIBRE

RH: A+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS

FECHA DE INGRESO: 22.11.22

HORA DE INGRESO: 17:23

SERVICIO DE EGRESO: -

FECHA DE EGRESO: 22.11.22

HORA DE EGRESO: 19:32

ENTIDAD RESPONSABLE: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

### DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CONFIRMADO: S202 - CONTUSION DEL TORAX

RELACIONADO1: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

FECHA: 22.11.22-17:40:04 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MJJ - JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY - C.C. 1118849376 - REG.

MEDICO: 1118849376 - MEDICINA GENERAL)

### >>> DEL INGRESO

#### \*\*\* MOTIVO DE LA ATENCION \*\*\*

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO CON PLACA KVV08F, PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

#### \*\*\* ENFERMEDAD ACTUAL \*\*\*

VALORACION REALIZADA A LAS 17+25

INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, QUIEN REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO, OCASIONANDO TRAUMA EN TORAX, MOTIVO POR EL CUAL DECIDE CONSULTAR.

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

#### \*\*\* HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA \*\*\*

TA: 133/79 FC: 85 FR: 20 TEMP: 36 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

#### <<CABEZA>>

NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS, NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS

#### <<CUELLO>>

MOVIL, NO MASAS NI DOLOR, SIMETRICO

#### <<TORAX>>

SIMETRICO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES CLAROS NO AGREGADOS

#### <<ABDOMEN>>

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

#### <<GENITOURINARIO>>

SE OMITE, PACIENTE NIEGA TRAUMA Y SINTOMAS A ESTE NIVEL

#### <<PELVIS>>

ESTABLE, NO DOLOROSA

#### <<DORSO / EXTREMIDADES>>

DORSO SIN LESIONES. EXTREMIDADES: CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL MAS ABRASIONES EN HOMBRO IZQ NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL. DEMAS EXTREMIDADES SIN LESIONES, MOVILES, NO DOLOROSAS.

#### <<NEUROLOGICO>>

PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORENTADO, GLASGOW 15/15

#### <<PIEL>>

1202





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NORMAL.  
<<FANERAS>>  
NORMAL.

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

TAC DE TORAX

SE SOLICITA RX DE HOMBRO IZQ  
RX DE BRAZO IZQ

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

PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD, QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONA TRAUMAS DESCRITOS, POR LO CUAL SE ORDENA ANALGESIA, CURACION, Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS. DADO COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION.

PLAN

- OBSERVACION
- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENES PARA TOMA DE ESTUDIOS
- REVALORACION
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

DICLOFENACO 75MG /3ML, CANT: 1, CADA: 24 Hrs, DOSIS: 1 por Aplicacion, DURACION TRATAM: 24, VIA: INTRAMUSCULAR

FECHA: 22.11.22-18:01:10 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. MBD - DEISY CAROLINA MENDEZ BONILLA - C.C. 0 - REG.

MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)

>> DE LA EVOLUCION

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

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

HORA INICIAL/FINAL: 17:42 / 17:43 DURACION: 00:00

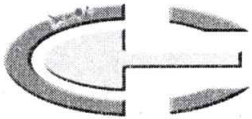
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: DEISY CAROLINA MENDEZ BONILLA

\*\*\* DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO \*\*\*

POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN HOMBRO IZQUIERDO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

20



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

FECHA: 22.11.22-19:29:41 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG.

MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION

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

SE ABRE FOLIO PARA LETURA DE IMAGENES

TAC DE TORAX: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS O LESIONES COSTALES, CAMPOS PULMONARES SIN ALTERACIONES, SIN EVIDENCIA DE SANGRADOS POR CONTUSIONES, NO SE EVIDENCIA HEMO NI NEUMO TORAX, CARDIACO SIN ALTERACIONES, DIAFRAGMA INTEGRO.

RX DE BRAZO IZQ SIN EVIDENCIA DE FRACTRAS OSEAS

RX DE HOMBRO IZQ SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS OSEAS

FECHA: 22.11.22-19:32:24 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG.

MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)

>> DE LA EVOLUCION

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

\*\* MEDICAMENTOS:

SALIDA

IBUPROFENO 400MG VO CADA 8 HORAS

ACETAMINOFEN X 500 MG V.O CADA 6 HORAS

SINALGEN TAB #10 TOMAR 1 TAB CADA 12H POR PERSISTENCIA DE DOLOR.

CITA CONTROL CON CIRUGIA GENERAL EN 20 DIAS

INCAPACIDAD POR 5 DIAS

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

\*\* OTROS:

CITA CONTROL CON CIRUGIA GENERAL EN 20 DIAS

SE DAN NUMEROS PARA LLAMAR A SOLICITAR CITA CON ANTELACION.

(875-6349 -- 875-3436 316.876.6202)

\*\* ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES GENERALES

-TOMAR MEDICAMENTOS ANALGESICOS ANTIINFLAMATORIOS COMO SE DESCRIBE EN ORDEN MEDICA

-REALIZAR CURACION DE HERIDAS CADA 12 HORAS CON SOLUCION ANTISEPTICA (ISODINE O MERCURIO CROMO)

-MANTENER EXTREMIDADES Y ZONAS AFECTADAS EN REPOSO.

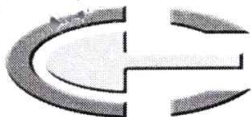
-COLOCAR HIELO O FRIO EN ZONAS AFECTADAS PARA CONTROLAR INFLAMACION.

-GUARDAR REPOSO ABSOLUTO DURANTE EL TIEMPO DICTAMINADO DE INCAPACIDAD

SIGNOS DE ALARMA

ACUDIR A URGENCIAS SI PRESENTA CUALQUIERDA DE LOS SIGUIENTES:

-FIEBRE >38° - CEFALEA INTENSA - MAREO PERSISTENTE



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

- CALOR LOCAL INTENSO EN ZONAS AFECTADAS
  - DOLOR INTENSO NO TOLERABLE EN ZONAS AFECTADAS
  - MALESTAR GENERAL INTENSO CON DECAIMIENTO Y DEBILIDAD MARCADA
  - SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, MAL OLOR, MAL ASPECTO Y DOLOR DE HERIDAS
  - DIFICULTAD RESPIRATORIA O DOLOR TORACICO
  - PERDIDA DE CONCIENCIA O CONVULSIONES
  - SE DAN FOLLETOS Y PREVIA RECOMENDACIONES.
  - SE DAN NUMEROS PARA LLAMAR A SOLICITAR CITA CON ANTELACION.
- (875-6349 -- 875-3436 316.876.6202)

ACETAMINOFEN 500 MG , CANT: 20, CADA: 6 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CAD A 6Hn, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

IBUPROFENO 400 MG TAB , CANT: 20, CADA: 8 Hrs, DOSIS: TOMAR 1 TAB CADA 8H, DURACION TRATAM: 5, VIA: ORAL

#### >> DE LA EVOLUCION

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

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE DE TRANSITO + TRAUMATISMO COSTAL IZQ + TRAUMA EN HOMBRO Y BRAZO IZQ  
ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SIGNOS VITALES EN METAS , CON MODULACION DEL DOLOR Y MOVILIDAD DE  
ARTICULACIONES , EL CUAL SE REPORTA RADIOGRAFIA SIN LESIONES OSEAS , POR LO QUE SE DECIDA DAR EGRESO , CON MANEJO  
ANALGESICO Y CONTROL POR ORTOPEDIA Y SIGNOS DE ALARMA , S E EXPLICA EL PROCEDER , QUIEN REFIERE ENTENDER .

FECHA: 22.11.22-19:32:55 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). RCH - HEIDER JOSE ROMERO CASARES - C.C. 1047454473 - REG.

MEDICO: 1047454473 - MEDICINA GENERAL)

#### >> DE LA EVOLUCION

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

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2022.11.22-19:32:38


ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

CONFIRMADO: S202 - CONTUSION DEL TORAX

RELACIONADO 1: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

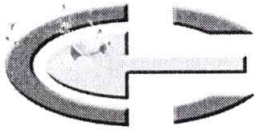
CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA  
DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO



**Carlos A. Amador**  
F.U.C.S.  
R.M. 1596/19

Registro Medico:





**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**  
**DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 150491**

**Orden de Servicio N°mero:** 180-1 -150491

**Fecha** 2022/11/22

**Nombre Paciente:** GUEVARA OSSO ALICIA

- 55163254 **Edad:** 58

**Sexo:** F

**Quien Realiza:** MBD- DEISY CAROLINA MENDEZ BONILLA

**Sala:** 10

SALA DE CURACIONES

**Diagnósticos Previos:**

1. S202-CONTUSION DEL TORAX
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

**Diagnósticos Definitivos:**

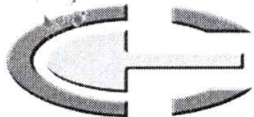
1. S202-CONTUSION DEL TORAX
3. S400-CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

**Descripcion de las intervenciones Realizadas:**

Código	Descripción	Médico	Vía
SO1.39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	MBD	-

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

**Descripción:** POR ORDEN MEDICA Y BAJO PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, EN SALA DE CURACIONES DE ABRASION EN HOMBRO IZQUIERDO SE OBSERVA ABRASION SUCIA CON RESTOS DE ASFALTO, CON FORMA IRREGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION SE SECA QUEDANDO LIMPIO Y DESCUBIERTO CON TOQUES DE MERCURIO CROMO, SIN COMPLICACION ALGUNA.

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

NEIVA, 16-Dic-2022

16:55:3

<b>ENTIDAD RESPONSABLE</b>	AT15 )	<b>TIPO CONTRATO</b>	<b>ANEXO1</b>	<b>VIA INGRESO</b>	<b>URGENCIAS</b>
860028415	GUEVARA OSSO ALICIA	EVENTO		<b>MOTIVO 01</b>	<b>URGENCIAS ACCIDENTE</b>
<b>CONTRATO/PLAN</b>		<b>REGIMEN</b>	<b>ANEXO2:</b>	<b>Fecha Ingreso:</b>	2022.11.2 17:23
001	0 SOAT	OTRO REGIMEN	58 Años	<b>Fecha Egreso :</b>	
<b>PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE</b>		<b>ESTRATO:</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>DIRECCION</b>	<b>TELEFONO</b>
55163254	GUEVARA OSSO ALICIA	1 NIVEL I	NEIVA	CALLE 32 N 8-32	3118006194

FECHA	Tar	Codigo	Descripción del item	Vendedor	Cantidad
2022.11.22	BI	ISODINE	ISODINE SOLUCION	MBD	10.00
2022.11.22	ECA	ISODINE	ISODINE ESPUMA X CC ECAR.	MBD	10.00
2022.11.22	ZMD	MERCUCRO	MERCURIO CROMO X CC	MBD	10.00
2022.11.22	BAX	SOLUCION	CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER	MBD	1.00
2022.11.22	EXA	GUATES	GUANTE EXAMRN TALLA S	MBD	1.00
2022.11.22	CLI	GASA	GASA ESTERIL PAQUETICOS	MBD	4.00

**PACIENTE:** 55163254

**DIRECCION:** CALLE 32 N 8-32

**ENTIDAD:** AT1501

**Nº SINIESTRO:** ZSI-1-54002

**GUEVARA OSSO ALICIA**

**LA EQUIDAD SEGUROS**

**FECHA SINIESTRO:** 2022.11.22

**EDAD:** 58

**TELEFONO:** 3118006194

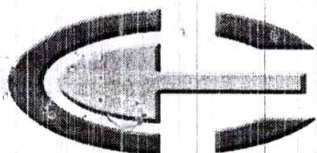
**AREA SERV.:** URGENCIA

**Nº POLIZA:** 8081948900

HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
FECHA DEL CONTROL : martes, 22 de noviembre de 2022						
17:41:00	DICLOFENACO 75MG /3ML	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	LMS	
17:41:00	GUANTE EXAMRN TALLA S	1.00		DIA	LMS	
17:41:00	JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2	1.00		DIA	LMS	
TOTAL SUMINISTRADO:						3.00

1514



# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

NIT: 800110181

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

Paciente: GUEVARA OSSO ALICIA

No. Identif. 55163254

Edad. 58

Entidad: LA EQUIDAD SEGUROS

Fecha: 2022.11.22

## FORMULA MEDICA

\* ACETAMINOFEN 500 MG

Cant.: 20.00

TOMAR 1 TAB CAD A 6Hn

\* IBUPROFENO 400 MG TAB

Cant.: 20.00

TOMAR 1 TAB CADA 8H



Dr. Herrer Romero C.

Médico CURN

CC. 1047454473

MEDICO

FARMACIA

PACIENTE

*Alicia Guevara*





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140-1 -175268

FECHA EMISION: 2022.11.22

HORA: 19:41:44

PAGINA No: 1

USUARIO: GUEVARA OSSO ALICIA

DOC.IDENT: CC 55163254

CAMA: -

FECHA DE PEDIDO: 2022/11/22

ORIGEN:

ENTIDAD: AT1501 - LA EQUIDAD SEGUROS

MEDICO: Dr. HEIDER JOSE ROMERO CASARES

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

*Alicia Guzman*

Recibido Paciente

PAGINA NO.

GEN IBUPROFENO TAB IBUPROFENO 400 MG TAB 20.00



## INFORME DE IMAGENOLOGIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181

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

FECHA EMISION: 22.12.16

HORA: 16:56:01

PAGINA No: 1

**Numero:** 74274 Fecha Ex. 22/11/22 Hora 17:36

Nombre Paciente: 55163254 GUEVARA OSSO ALICIA

Dirección: CALLE 32 N 8-32

Telefono: 3118006194 Edad: 58 A Sexo: F

Medico: JESUS ANTONIO MINDIOLA JOLY

Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC DE TORAX

Prioridad: ALTA

### LECTURA

#### TAC DE TORAX

##### \*HALLAZGOS

Se practican cortes axiales simples de todo el tórax en forma descendente de diez milímetros de espesor desde el opérculo torácico hasta planos inferiores de las hemidiafragmas.

##### HALLAZGOS:

A nivel del tejido pulmonar se advierte adecuada expansión pulmonar bilateral.

El aspecto y la distribución de la trama vascular pulmonar son normales.

No se observan consolidaciones del tejido pulmonar ni áreas de laceración que comprometa el tejido pulmonar.

No hay compromiso pleural.

No se observan derrames pleurales ni cámaras de neumotórax.

A nivel de los tejidos blandos del mediastino se observa la vía aérea principal, la tráquea, la Carina y los bronquios fuentes con aspecto normal.

El cayado aórtico se advierte sin alteraciones.

El tronco de la pulmonar y las arterias pulmonares derecha e izquierda tienen aspecto y trayecto usuales.

Aorta y vena cava inferior con trayecto y diámetros normales.

No se confirma cardiomegalia.

La vena cava superior e inferior con diámetros y disposición usuales.

El trayecto esofágico esta conservado.

No se identifican masas ni nódulos mediastinales.

En la unión toraco abdominal el hígado y el bazo tienen aspecto anatómico, contornos y densidad homogénea normales.

##### CONCLUSION

ESCANOGRAFIA DEL TÓRAX:

Dentro de límites normales.

FIRMA

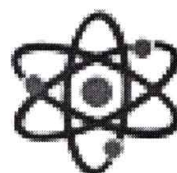
DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL

Registro Medico No. 0448-3

Radiólogo



# UNIDIAG



<b>Nombre Paciente:</b> ALICIA GUEVARA OSSO	<b>ID Paciente:</b> CC 55163254	<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1964-10-22	<b>Edad:</b> 58 Años	<b>Sexo:</b> F
<b>Nombre Entidad:</b> SEDE 1	<b>ID Entidad:</b> NIT -	<b>Contrato:</b> CLINICA DE FRACTURAS	<b>Procedencia:</b> Ambulatorio	<b>Comprobante No:</b> I21542I
<b>Procedimientos:</b> RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO			<b>Ciudad:</b> NEIVA	<b>Fecha Cita1:</b> 2022-11-22

## RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

En las proyecciones obtenidas no hay evidencia de lesiones óseas de origen traumático ni de otra naturaleza.

Las superficies y relaciones articulares se encuentran preservadas.

No hay calcificaciones intra ni peri articulares.

Los tejidos blandos no muestran alteración.

### OPINIÓN:

ESTUDIO DENTRO DE LÍMITES NORMALES.

Dosis de radiación: 70/15mGy

**NOTA:** En la realización del estudio se adoptan los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención del SARS-COV 2/COVID 19 que incluye lavado de manos según las recomendaciones de la OMS; además de la utilización de equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente; así como limpieza y desinfección de los equipos después de la atención que cada usuario.

*Sandra P. Rojas*

Realizado por SANDRA PATRICIA ROJAS RUEDA

Médico Radiólogo

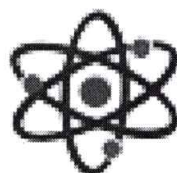
RM# 0426 2022-11-23 20:51:08.0

Transcrito por JANINE CANDIA FEREZ - Fecha y hora de transcripción 2022-11-23 20:51:08.0

**RECUERDE DOCTOR** que los exámenes de imagenología son un apoyo diagnóstico, y su importancia radica en que deben ser analizados e interpretados por su médico tratante, teniendo en cuenta su cuadro clínico, si hay una discrepancia entre su impresión clínica y nuestro informe, por favor póngase en contacto con nosotros.



# UNIDIAG



<b>Nombre Paciente:</b> ALICIA GUEVARA OSSO	<b>ID Paciente:</b> CC 55163254	<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1964-10-22	<b>Edad:</b> 58 Años	<b>Sexo:</b> F
<b>Nombre Entidad:</b> SEDE 1	<b>ID Entidad:</b> NIT -	<b>Contrato:</b> CLINICA DE FRACTURAS	<b>Procedencia:</b> Ambulatorio	<b>Comprobante No:</b> I21542I
<b>Procedimientos:</b> RADIOGRAFIA DE HOMBRO			<b>Ciudad:</b> NEIVA	<b>Fecha Cita1:</b> 2022-11-22

## RADIOGRAFÍA DE HOMBRO IZQUIERDO

En las proyecciones obtenidas no se identifican lesiones óseas de origen traumático ni de otra naturaleza.

Disminución del espacio articular acromioclavicular.

No hay calcificaciones intra ni periarticulares.

Los tejidos blandos no muestran alteración.

### **OPINIÓN:**

ARTROSIS ACROMIOCLAVICULAR.

Dosis de radiación: 70/15mGy

**NOTA:** En la realización del estudio se adoptan los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención del SARS-COV 2/COVID 19 que incluye lavado de manos según las recomendaciones de la OMS; además de la utilización de equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente; así como limpieza y desinfección de los equipos después de la atención que cada usuario.

*Sandra P. Rojas*

**Realizado por SANDRA PATRICIA ROJAS RUEDA**

**Médico Radiólogo**

**RM# 0426** 2022-11-23 20:52:26.0

Transcrito por JANINE CANDIA FEREZ - Fecha y hora de transcripción 2022-11-23 20:52:26.0

**RECUERDE DOCTOR** que los exámenes de imagenología son un apoyo diagnóstico, y su importancia radica en que deben ser analizados e interpretados por su médico tratante, teniendo en cuenta su cuadro clínico, si hay una discrepancia entre su impresión clínica y nuestro informe, por favor póngase en contacto con nosotros.



 <b>CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.</b> NIT 800 110 181-9 Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436 Neiva - Huila	COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3
		CÓDIGO:
		PÁGINA: 1 DE 1

Neiva, 22-11-22

Señores

Equidad

Ciudad

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

Yo Alicia Guevara identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario SS163254, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Equidad, producto de las atenciones prestadas desde 20/11/2021 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG. ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

Alicia Guevara



Firma

Nombre: Alicia Guevara  
c.c.

Acudiente o Representante



Firma

Nombre:  
c.c.



# **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**

NT. 800.110.181 - 9

Calle 18 No. 6 - 65 Teléfono: 87563493 - 8753436 Neiva - Huila

## **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**

### **ACUERDO (009)**

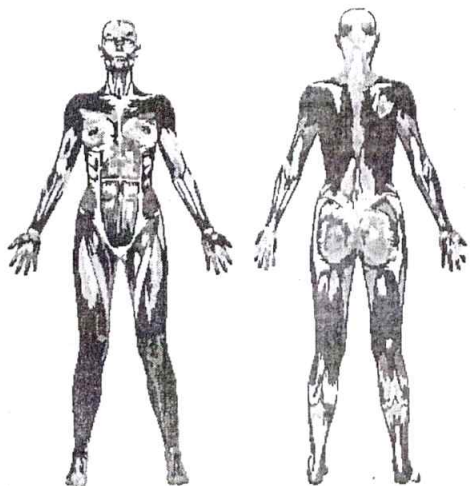


Por medio del cual se adoptan las tarifas para la prestacion del servicio de ambulancia para el año 2022.

<b>CODIGO</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>VALOR</b>
TR004	TRANSPORTE POR REMISION BASICO URBANO	\$ 165,000.00
TR120	TRANSPORTE POR REMISION MEDICALIZADO URBANO	\$ 520,300.00
TR006	TRANSPORTE IDA Y VUELTA URBANO	\$ 310,000.00
TR006	TRANSPORTE IDA Y VUELTA MEDICALIZADO	\$ 1,095,000.00
TR007	TRANSPORTE POR REMISION BASICA URBANO COVID	\$ 298,900.00

Las presentes tarifas rigen del 1 de septiembre de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Se expide en neiva, el 1 de septiembre de 2022.

  
**MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS**  
**GERENTE**  
**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**

HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA										43535	
FECHA		HORA DESPACHO		HORA LLEGADA		HORA SALIDA		HORA ENTREGA		PRIORIDAD	
12/10/2016		18:05		18:10		18:19		18:25		R A N V B	
Guevara OSSO Alicia						No. HISTORIA CLINICA					
1er apellido		2do apellido		Nombres		55163254					
FECHA NAITO		SEXO		C.C.		R.C.		PAS.		EDAD	
12/10/1961		M		F		T.I.		C.E.		58 años	
RESIDENCIA ACTUAL		Direccion:		Barrio:		Municipio:		Neiva			
		Departamento:		País:		Telefono:					
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN		Residencia		Trabajo		ASEGURADORA RESPONSABLE		POLIZA No.		Estudiantil	
Clínica de Fractura y ortopedia		Via publica		Otros		Cuidado		EPS-C		Prepagada	
		Comercio		Cual:		Placa: KUYORF		EPS-S		Vinculado	
CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO		<input checked="" type="checkbox"/> Accidente Tránsito		<input type="checkbox"/> Terrorismo		<input type="checkbox"/> Catástrofe					
		<input type="checkbox"/> Accidente Laboral		<input type="checkbox"/> Lesion por agresión		<input type="checkbox"/> Otro					
		<input type="checkbox"/> Accidente Comun		<input type="checkbox"/> Enfermedad General		<input type="checkbox"/>					
DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente femenina que es trasladada desde clínica de Fractura y ortopedia hasta urgencias para una de radiografía						Alergias: No					
						Medicamentos: No					
						Antecedentes Patológicos: No					
						Ultimo Alimento: No horas Embarazo					
						Cirugías: No					
EXAMEN FISICO						TA: 130/80		FC: 80		FR: 22 T: 36	
						1. Heridas 2. Abrasión 3. Hematoma 4. Contusión 5. Deformidad 6. Fractura Abierta 7. Quemadura 8. Edema 9. Amputación 10. Avulsión 11. Dolor					
ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE						conciente					
RESPIRA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PULSO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
PROCEDIMIENTOS						IMPRESION DIAGNOSTICA:					
<input type="checkbox"/> Collar Cervical		<input type="checkbox"/> RCCP		<input type="checkbox"/> Monitoreo							
<input type="checkbox"/> Aspiración		<input type="checkbox"/> Hemostasia		<input type="checkbox"/> Líquidos I.V.							
<input type="checkbox"/> Oxigenación		<input type="checkbox"/> Inmovilización MsSs		<input type="checkbox"/> Asepsia							
<input type="checkbox"/> Intubación		<input type="checkbox"/> Inmovilización Msls		<input type="checkbox"/> Otro:							
<input type="checkbox"/> Ventilación		<input type="checkbox"/> Inmovilización Total		<input type="checkbox"/>							
OBSERVACIONES						Traslado a:		NIT. 900.582.589-7			
						Recibido por:		Unidades Diagnósticas Especializadas			
						Se entrega		Vivo <input checked="" type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>		Firma:	
						Firma del Paciente		Tipo unidad		TAM	
								TAB		<input checked="" type="checkbox"/>	
Nombre del Médico:						Nombre Auxiliar:		Nombre Conductor:			
 NIT. 900.582.589-7						Camilo Sanchez		William Rodriguez			
Unidades Diagnósticas Especializadas											



## ORDEN DE SERVICIO SALIDA DE PACIENTE

**NUMERO DE CONSECUTIVO INTERNO: 001**

**FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO: 22/11/2022**

**NUMERO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE 55163254**

**NOMBRE DEL PACIENTE: ALICIA GUEVARA OSSO**

**SERVICIO DONDE EGRESA EL PACIENTE: URGENCIAS**

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: DR JESUS MINDIOLA**

**CARGO DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO: MEDICO GENERAL**

**EMPRESA ENCARGADA DEL TRASLADO DEL PACIENTE: SALUD LASER**

**DESTINO DEL PACIENTE: UNIDIAG**

**PERSONAL ENCARGADO DEL TRASLADO DEL PACIENTE: SALUD LASER**

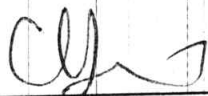
**NÚMERO DE MOVIL: 5**

**NOMBRE CONDUCTOR: WILLIAM RODRIGUEZ**


**TIPO DE AMBULANCIA: BASICA**

**NOMBRE DEL APH: CAMILO SANCHEZ**

**NUMERO DE MOVIL: 5**



**ENTREGA**

  
NIT. 900.582.533-7  
Unidades Diagnósticas Especializadas

**RECIBE**



MINISTERIO DE SALUD Y  
PROTECCIÓN SOCIAL**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL  
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

**Resultados de la consulta****Información Básica del Afiliado :**

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	55163254
NOMBRES	ALICIA
APELLIDOS	GUEVARA OSSO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

**Datos de afiliación :**

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de  
Impresión:11/22/2022  
17:31:52Estación de  
origen:

192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en esta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 74.185.341  
MORALES FONSECA

APELLIDOS  
FABIAN ANDRES

NOMBRES  
Fabian Andres Morales Fonseca

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10025071797

PLACA KVV08F MARCA AKT LINEA AK110 NV MODELO 2021

CILINDRADA CC 107 COLOR NEGRO SERVICIO PARTICULAR

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

NÚMERO DE MOTOR 152FMHSQ416008 REG N VIN 9F2A61104M5001168

NÚMERO DE SERIE \*\*\*\*\* REG N NUMERO DE CHASIS 9F2A61104M5001168 REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) IDENTIFICACION  
GUEVARA OSSO ALICIA C.C. 55163254


REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 55.163.254  
GUEVARA OSSO

APELLIDOS  
ALICIA

NOMBRES  
Alicia Guevara

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-1978

SOGAMOSO  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

19-JUN-1997 SOGAMOSO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1906400-01150244-M 0074185341 20200720 0071378939A 1 9912700578

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE 7  
\*\*\*\*\*

POTENCIA HP

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

90202000038231

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

VE FECHA IMPORT

04/03/2020

PUERTAS

0

FECHA MATRÍCULA

16/06/2020

FECHA EXP. LIC. TTD.

20/01/2022

FECHA VENCIMIENTO

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT07001308840



22 OCT-1964

ALGECIRAS  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

A+

G.S. RH

14-SEP-1950 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ADEL VANCIN TORRES



A-1900100-00131458 F-0055163254 20091126 000691761/A 1 6700014271



Consulta Automotores

Realizar otra consulta

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

PLACA DEL VEHÍCULO:	KVY08F	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10025071797	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	AKT	LÍNEA:	AK110 NV
MODELO:	2021	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	152FMHSQ416008
NÚMERO DE CHASIS:	9F2A61104M5001168	NÚMERO DE VIN:	9F2A61104M5001168
CILINDRAJE:	107	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	16/06/2020
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INST TToYTTE DPTAL HUILA/RIVERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

**Consulte el Histórico Vehicular Aquí**

(<http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8081948900	15/06/2022	07/07/2022	06/07/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	⊕ VIGENTE
4108817300	06/07/2021	07/07/2021	06/07/2022	120	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	⊕ NO VIGENTE
24736227	12/06/2020	13/06/2020	12/06/2021	120	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	⊕ NO VIGENTE

 Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN