

# Unidad Medica San Vicente

NIT: 901.270.747-9 | Calle 22 # 16B-05 | 3576892-3208220125

admisiones@unidadmedicasanvicente.com

SABANALARGA - Colombia

CLIENTE.: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.  
NIT.....: 860028415-5  
NOMBRE...: YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO  
ID.....: CC 22540571  
CONTRATO: 007  
RIESGO...: S.O.A.T  
CODIGO...: 00021217  
N° AUTOR:  
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.  
UMSV 8054  
FECHA: SABANALARGA. 16/Aug./2023  
VENCE: 16/09/2023  
Resolucion Dian N 18764053133130 DEL  
05/08/2023 AL 05/08/2024  
FACTURA DE VENTA UMSV #8020 A LA #10000  
AUTORIZA:  
FECHA ELABORACION: 16/08/2023 11:07

CANT.	FECHA	CONCEPTO	CÓDIGO	VR.UNITARIO	VR. TOTAL
1	30.Jul./2023	CONSULTA DE URGENCIAS	39145	73 400,00	73 400,00
1	30.Jul./2023	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	21102	81 400,00	81 400,00
1	30.Jul./2023	RADIOGRAFIA DE CODO	21101	62 800,00	62 800,00
1	30.Jul./2023	RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA	21101	62 800,00	62 800,00
1	30.Jul./2023	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL	21101	62 800,00	62 800,00
1	30.Jul./2023	TOMOGRÁFIA EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	21716	531 000,00	531 000,00
1	30.Jul./2023	TOMOGRÁFIA RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL, AGREGAR AL COSTO DEL EXAMEN:	21722	903 400,00	903 400,00
1	30.Jul./2023	TRATAMIENTO ESGUINCES	37202	136 100,00	136 100,00
1	30.Jul./2023	TRATAMIENTO DE ESGUINCE SALA ESPECIAL 45% (DSART52)	DSART52	58 995,00	58 995,00
15	30.Jul./2023	IBUPROFENO 400MG TAB	51330-17	188,00	2 820,00
1	30.Jul./2023	DICLOFENACO 1% X 50GR GEL (VOLTAREN EMULGEL)	1982542-01	6 699,00	6 699,00
2	30.Jul./2023	SOLUCION SALINA 09% 250ML	29523-04	3 850,00	7 700,00
1	30.Jul./2023	SOLUCION SALINA 09% 500ML	29523-05	3 850,00	3 850,00
1	30.Jul./2023	EQUIPO MACROGOTEO EN Y BAXTER	D0135	2 695,00	2 695,00
1	30.Jul./2023	CATETER INTRAVENOSO # 18 ( INTROCAN )	D0068	2 618,00	2 618,00
2	30.Jul./2023	JERINGAS 5ML	D0202	473,00	946,00
1	30.Jul./2023	DICLOFENACO SODICO 75MG/ 3ML AMPOLLA	19934768-20	647,00	647,00
1	30.Jul./2023	DEXAMETASONA 8MG/2ML AMPOLLA	20019105-06	770,00	770,00
1	30.Jul./2023	CABESTRILLO L	D0047	12 447,00	12 447,00

UNIDAD MEDICA  
San Vicente S.A.S.  
NIT. 901.270.747-9  
FACTURACIÓN

DOS MILLONES TRECE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

INGRESO 30-07-2023 EGRESO 30-07-2023

SUBTOTAL.....: 2 013 887,00

VALOR BRUTO O COPAGO...: 0,00

TOTAL A PAGAR.....: 2 013 887,00

Stefanny Cure R.



Medio de pago: Acuerdo Mutuo  
Credito 30 Dias  
CONDICIONES DE PAGO

Stefanny Cure Rodríguez  
Representante Legal

USUARIO: LLINERO

CUFE:d386fb9e54e332bbc82133a7699d1bc045573bd2ec24597b9d2efeeab43e7a041aa76fb602b7fd2bab3c1e2a5022059f

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SU EFECTOS LEGALES A LETRA DE CAMBIO ( ARTÍCULO 774 CÓDIGO COMERCIO LEY 1231 DEL 2018 )

Desarrollado por Integralsoft

Page 1/1



NIT: 901.270.747-9

UNIDAD MEDICA SAN VICENTE S.A.S

Calle 22 # 16B-05 PBX:3576892-3208220125 E-MAIL:admisiones@unidadmedicasanvicente.com

**FACTURA ELECTRONICA DE  
VENTA N°.UMSV 8054**

FECHA: 2023-08-16

VENCE: 2023-09-16

NIT: 860028415-5

CONTRATO:7

Resolucion Dian N 18764053133130

CLIENTE: EQUIDAD SEGUROS  
GENERALES O.C.

FECHA 2023-08-05 - NUM DEL UMSV-8020 AL UMSV-10000

NUMERO: CC 22540571

RIESGO: SOAT

PACIENTE: YURYS DEL SOCORRO  
OLIVERO ROMERO

CODIGO: 00021217

Cant.	Fecha	Concepto	Codigo	Vr. Unitario	Vr Total
1	30.Jul/2023	Consulta De Urgencias	39145	73,400.00	73,400.00
1	30.Jul/2023	Radiografia De Hombro	21102	81,400.00	81,400.00
1	30.Jul/2023	Radiografia De Codo	21101	62,800.00	62,800.00
1	30.Jul/2023	Radiografia De Tobillo Ap Lateral Y Rotacion Interna	21101	62,800.00	62,800.00
1	30.Jul/2023	Radiografia De Pie Ap Y Lateral	21101	62,800.00	62,800.00
1	30.Jul/2023	Tomografia Extremidades Y Articulaciones	21716	531,000.00	531,000.00
1	30.Jul/2023	Tomografia Reconstrucción Tridimensional, Agregar Al Costo Del Examen:	21722	903,400.00	903,400.00
1	30.Jul/2023	Tratamiento Esguinces	37202	136,100.00	136,100.00
1	30.Jul/2023	Tratamiento De Esguince Sala Especial 45% (Dsart52)	DSART52	58,995.00	58,995.00
15	30.Jul/2023	Ibuprofeno 400mg Tab	51330-17	188.00	2,820.00
1	30.Jul/2023	Diclofenaco 1% X 50gr Gel (Voltaren Emulgel)	1982542-01	6,699.00	6,699.00
2	30.Jul/2023	Solucion Salina 09% 250ml	29523-04	3,850.00	7,700.00
1	30.Jul/2023	Solucion Salina 09% 500ml	29523-05	3,850.00	3,850.00
1	30.Jul/2023	Equipo Macrogoiteo En Y Baxter	D0135	2,695.00	2,695.00
1	30.Jul/2023	Cateter Intravenoso # 18 ( Introcan )	D0068	2,618.00	2,618.00
2	30.Jul/2023	Jeringas 5ml	D0202	473.00	946.00
1	30.Jul/2023	Diclofenaco Sodico 75mg/ 3ml Ampolla	19934768-20	647.00	647.00
1	30.Jul/2023	Dexametasona 8mg/2ml Ampolla	20019105-06	770.00	770.00
1	30.Jul/2023	Cabestrillo L	D0047	12,447.00	12,447.00

DOS MILLONES TRECE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

**SUB TOTAL:** 2,013,887.00

**TOTAL:** 2,013,887.00

*Stefanny Cure R.*

Stefanny Cure Rodriguez  
Representante Legal

UNIDAD MEDICA  
San Vicente S.A.S  
USUARIO: OLIVERO  
NIT: 901.270.747-9  
FACTURACION

No Somos Autoretenedores - Reg. Comun. Act.Economica 8511 No Sujeta A ICA Res.001-2010 Esta Factura Se Asimila En Todos Sus Efectos Legales A La Letra De Cambio(Articulo 774 Codigo Comercio Ley 1231 Del 2018)



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS  
DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO  
PERSONAS JURIDICA - FURIPS

Fecha de Radicacion: RG N° Radicado  
No. Radicación Anterior  
(Respuesta a glosa, marcar X en RG): N° Factura/Cuenta de cobro: UMSV8054

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon Social: UNIDAD MEDICA SAN VICENTE  
Codigo Habilitacion: 0863802281-01 Nit: 901.270.747-9

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

Primer Apellido: OLIVERO Segundo Apellido: ROMERO  
Primer Nombre: YURYS Segundo Nombre: DEL SOCORRO  
Tipo Documento: CC N° Documento: 22540571 Sexo: Femenino Fecha Nacimiento: 1982-09-27  
Direccion Residencia: CALLE 5F # 4 - 71 Telefono: 3002127927  
Departamento: Atlántico Codigo: 08  
Municipio: MANATÍ Codigo: 436  
Condicion del Accidentado: Ocupante

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Seguimiento de Evento:

Accidente de Transito	<input checked="" type="checkbox"/>					
Naturales:	Sismo	<input type="checkbox"/>	Maremoto:	<input type="checkbox"/>	Erupciones Volcanicas	<input type="checkbox"/>
	Huracan	<input type="checkbox"/>	Inundaciones	<input type="checkbox"/>	Avalancha	<input type="checkbox"/>
	Deslizamiento de Tierra	<input type="checkbox"/>	Incedio Natural	<input type="checkbox"/>	Rayo	<input type="checkbox"/>
	Vendaval	<input type="checkbox"/>	Tornado	<input type="checkbox"/>		
Terroristas:	Explosion	<input type="checkbox"/>	Masacre:	<input type="checkbox"/>	Mina Antipersonal	<input type="checkbox"/>
	Combate	<input type="checkbox"/>	Incendio	<input type="checkbox"/>		

Otros: Cual ?

Direccion de la Ocurrencia CALLE 4 CON CARRERA 14

Fecha Evento/Accidente 2023-07-29 22:00:00

Departamento Atlántico

Codigo 08

Municipio MANATÍ

Codigo 436

Zona URBANA

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Transito:

VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE SE MOVILIZABA EN CALIDAD DE PARRILLERA DE MOTOCICLETA PLACA GCF14G, CUANDO OTRA MOTOCICLETA HACE UN CRUCE COLISIONANDO, CAYENDO RESULTANDO LESIONADO.

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento	Asegurado	Marca	BAJAJ
Placa	GCF14G	Tipo de Servicio	Particular
Codigo de la Aseguradora	AT 1501	N° de la Poliza	8092473100
Vigencia	Desde 2022-11-08	Hasta	2023-11-07
Intervencion de Autoridad	No	Cobro excedente poliza	No

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

Primer Apellido o Razon Social	CANTILLO	Segundo Apellido	TAPIAS
Primer Nombre	KELY	Segundo Nombre	JOHANA
Tipo Documento	CC N° Documento		
	22540754		
Direccion Residencia	CALLE 5F # 4 - 71		
Departamento	Atlántico	Codigo	08
		Telefono	3002127927
Municipio	MANATÍ	Codigo	436



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A  
VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO  
PERSONAS JURIDICA - FURIPS

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

Primer Apellido: REALES Segundo Apellido: OLIVERO  
Primer Nombre: YAIIVER Segundo Nombre: DAVID  
Tipo Documento: CC N° Documento: 1127594768  
Direccion Residencia: CALLE 5F # 4 - 71 Telefono: 3023584538  
Departamento: Atlántico Codigo: 08  
Municipio: MANATÍ Codigo: 436

VII. DATOS DE REMISION

Tipo Referencia: Ninguna Fecha de Remision: 0000-00-00 00:00:00  
Prestador que Remite:  
Codigo Inscripcion:  
Profesional que Remite:  
Cargo:  
Fecha de Aceptacion: 0000-00-00 00:00:00  
Prestador que Recibe:  
Codigo Inscripcion:  
Profesional que Recibe:  
Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario) y cuando se realizar en Ambulancia de las misma IPS.

Datos del Vehiculo que Recibe: Placa:

Transporto la víctima desde

Transporto la víctima Hasta

Tipo de Transporte: Lugar donde recoge la victima: Zona

IX. CERTIFICADO DE LA ATENCIÓN MEDICA DELA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso: 2023-07-30 00:05:00 Fecha de Egreso: 2023-07-30 04:51:00  
Código Diagnóstico principal de Ingreso: S570 Código Diagnóstico principal de Egreso: S570  
Otro código Diagnóstico principal de Ingreso: S998 Otro código Diagnóstico principal de Egreso: S998  
Otro código Diagnóstico principal de Ingreso: Otro código Diagnóstico principal de Egreso:  
Datos del Medico o Profesional tratante  
Primer Apellido: PEÑA Segundo Apellido: OLMOS  
Primer Nombre: GISCELA Segundo Nombre: ROCIO  
Tipo de Documento: CC N° Documento : 1043005911  
Numero de Registro Medico 1043005911

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTO MEDICO QUIRURGICOS	2.013.887	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de 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 super intendencia nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

Stefanny Cure Rodríguez C.C. 1140825072

NOMBRE

*Stefanny Cure R.*

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

UNIDAD MEDICA  
San Vicente S.A.S.  
NIT. 901.270.747-9  
FACTURACIÓN

22

**CIRCULAR EXTERNA 40 DE 2012**

(agosto10)

Diario Oficial No 48.518 de 10 de agosto de 2012

Ministerio de Salud y Protección Social

para:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Reclamantes por Daños Materiales Causados a las Personas por Accidentes de Tránsito y Entidades Aseguradoras Autorizadas
De:	Ministra de Salud y Protección Social
Asunto:	Reiteración Circular Externa Numero 33 de junio de 2011
	Aplicación Artículo 143 de la Ley 1438 de 2011
Fecha:	10 de agosto de 2012

El ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de las competencias atribuidas en el Decreto-ley número 4107 de 2011, como ente del Sector Administrativo de Salud y Protección Social, reitera las instrucciones impartidas en la Circular Externa número 33 del 2 de junio de 2011, en el sentido de aclarar que el formato a que alude el artículo 143 de la ley 1438 de 2011 para la presentación de la declaración del médico como prueba del accidente de tránsito, es el adoptado en el Anexo Técnico número 2 de la Resolución número 3374 de 2000.

En consecuencia, la ausencia de documentos tales como certificado expedida por autoridad de tránsito o policía competente, fotocopia del croquis del accidente y denuncia de la ocurrencia del evento ante las autoridades competentes, no constituye causales para la improbación del reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidente de tránsito SOAT.

Publíquese y Cúmplase

La Ministra de Salud y Protección Social,

Beatriz Londoño Soto

<b>Documento :</b>	22540571	<b>Sexo:</b>	Femenino
<b>Nombres:</b>	YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO	<b>Ocupacion:</b>	OTROS
<b>FECHA DE INGRESO:</b>	2023-07-30 00:05:00		
<b>SERVICIO DE INGRESO:</b>	Urgencias		

### DATOS DE INGRESO

<b>MOTIVO DE CONSULTA:</b>	ACCIDENTE DE TRANSITO
<b>ANTECEDENTES PERSONALES:</b>	PATOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: NIEGA
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES:</b>	NIEGA
<b>ENFERMEDAD ACTUAL:</b>	PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD, QUIEN REFIERE HABER SUFRIDO ACCIDENTE DE TRANSITO, EL CUAL OCASIONA TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO, TRAUMA EN CODO IZQUIERDO, CON QUEMADURAS POR FRICCION GI, QUE DEJA DEFECTO CUTANEO, DE BORDES IRREGULARES, MAL DEFINIDOS CON FONDO SUCIO EN CODO IZQUIERDO, TRAUMA EN TOBILLO IZQUIERDO, TRAUMA EN PIE IZQUIERDO, ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO, EDEMA DEFORMANTE, LIMITACION PARA REALIZAR LOS MOVIMIENTOS MOTIVO POR EL CUAL INGRESA.
<b>RES. SISTEMAS:</b>	SISTEMA RESPIRATORIO: NIEGA DISNEA, NIEGA TOS, NIEGA EXPECTORACIÓN Y/O HEMOPTISIS. SISTEMA CARDIOVASCULAR: NIEGA DISNEA DE ESFUERZO, NIEGA ORTOPNEA. ] SISTEMA GASTROINTESTINAL O DIGESTIVO: NIEGA NÁUSEAS, NIEGA DIARREA. SISTEMA GENITOURINARIO: NIEGA DISURIA DOLOROSA O DE ESFUERZO, NIEGA POLIAQUIURIA NIEGA HEMATURIA. SISTEMA OSTEOMUSCULAR: REFIERE DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN HOMBRO IZQUIERDO, CODO IZQUIERDO, TOBILLO IZQUIERDO, PIE IZQUIERDO. SISTEMA NEUROLÓGICO: NIEGA CEFALEA, NIEGA MAREOS, NO REFIERE PROBLEMAS DE COORDINACIÓN, NI PARESIS O PARESTESIAS ESCALA DE DOLOR 9/10
<b>EVALUACION MEDICA:</b>	
<b>SIGNOS VITALES:</b>	TA: 130/80 FC: 75 FR: 19 T°: 36 Sat o2: 99 Glassgow: 15/15 Peso: 80
<b>EXAMEN FISICO:</b>	
<b>Cabeza:</b>	NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS, REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA
<b>Cuello:</b>	Clinicamente Normal
<b>Torax:</b>	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS, NO RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLO.
<b>Abdomen:</b>	Clinicamente Normal
<b>Genitorinario:</b>	Clinicamente Normal
<b>Extremidades/ Pelvis:</b>	EUTROFICAS CON DOLOR INTENSO, EDEMA, DEFORMIDAD, CREPITACION, CONTUSIONES CUTANEAS Y LIMITACION FUNCIONAL A NIVEL DE AREAS AFECTADAS HOMBRO IZQUIERDO, CODO IZQUIERDO, TOBILLO IZQUIERDO, PIE IZQUIERDO, SE EVIDENCIA QUEMADURAS POR FRICCION GI, QUE DEJA DEFECTO CUTANEO, DE BORDES IRREGULARES, MAL DEFINIDOS CON FONDO SUCIO, CONTAMINADA CON MATERIAL INORGANICO ABUNDANTE (ARENA, PIEDREAS PEQUEÑAS, RESTO DE VEGETALES ASFALTO ETC) INCRUSTADO EN CODO IZQUIERDO, CON SANGRADO ESCASO, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO.
<b>Dorso/Ext:S</b>	Clinicamente Normal
<b>Neurologico:</b>	SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.
<b>DIAGNOSTICOS</b>	VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO, TRAUMA EN CODO IZQUIERDO, CON QUEMADURAS POR FRICCION GI, QUE DEJA DEFECTO CUTANEO, DE BORDES IRREGULARES, MAL DEFINIDOS CON FONDO SUCIO EN CODO IZQUIERDO, TRAUMA EN TOBILLO IZQUIERDO, TRAUMA EN PIE IZQUIERDO.



**CODIGOS RISP (CIE10):**

TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL HOMBRO Y DEL BRAZO  
OTROS TRAUMATISMOS DEL PIE Y DEL TOBILLO, ESPECIFICADOS

**Analisis:**

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, POLITRAUMATIZADO, QUIEN PRESENTA QUEMADURAS POR FRICCION GRADO I MAS LIMITACION FUNCIONAL, EDEMA DEFORMANTE EN SITIO DE LESION, POR LO QUE SE ORDENA ANALGESICOS SE SOLICITA RX DE HOMBRO IZQUIERDO AP LAT, RX CODO IZQUIERDO AP LAR RX DE TOBILLO IZQUIERDO AP LAT, RX DE PIE IZQUIERDO AP LAT. REVALORAR CON RESULTADOS.

**Plan:**

1. OBSERVACION
2. SSN 0.9% 500 CC PASAR A RAZON DE 60 CC HORA
3. DICLOFENACO SODICO AMPOLLA 75 MG IV PASAR EN 250CC SSN 0.9%  
DEXAMETASONA 8 AMPOLLA MG IV PASAR EN 250CC SSN 0.9%
- 4- IMAGENOLOGIA: RX DE HOMBRO IZQUIERDO AP LAT, RX CODO IZQUIERDO AP LAR RX DE TOBILLO IZQUIERDO AP LAT RX DE PIE IZQUIERDO AP LAT
- 5- CURACION POR ENFERMERIA
- 6CSV AC
- 7 REVALORAR

---

**DATOS DE LA EVOLUCION**

---

PACIENTE QUE PERSISTE CON DOLOR, EDEMA PROGRESIVO, MARCADA LIMITACION FUNCIONAL E INESTABILIDAD ARTICULAR EN HOMBRO IZQUIERDO, MOTIVO POR EL CUAL SOLICITO VALORACION POR ORTOPEDIA

PACIENTE A QUIEN SE LE DESCARTA LESIONES OSEAS, SIN EMBARGO, SE APRECIA DISCRETA INCONGRUENCIA ARTICULAR POSTRAUMATICA CON LIGERO DESPLAZAMIENTO ARTICULAR Y POSIBLE COMPROMISO LIGAMENTARIO EN HOMBRO IZQUIERDO POR LO QUE DECIDO SOLICITAR TAC 3D DE HOMBRO IZQUIERDO, PARA MEJOR DEFINICION Y VALORAR CONDUCTA MEDICOQUIRURGICA.

SE REVISIA TAC EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES MULTIPLANAR CON CORTES AXIALES CORONALES SAGITALES SECUENCIALES CON RECONSTRUCCION EN 3D DE HOMBRO IZQUIERDO, DONDE SE DESCARTA LESIONES OSEAS. SE OBSERVA EXTENSO EDEMA DE PARTES BLANDAS. PACIENTE QUE CURSA CON ESGUINCE GII, POR LO QUE SE DECIDE DAR MANEJO MEDICO DIFERIDO. PASAR A SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA REALIZAR TRATAMIENTO DE ESGUINCE MAS COLOCACION DE CABESTRILLO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PARA ESTABILIZAR ARTICULACION Y MINIMIZAR RIESGO USANDOLO 21 DIAS CONTINUOS, SE DA EGRESO HOSPITALARIO CON FORMULA IBUPROFENO TAB 400 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS # 15 TAB, DICLOFENACO GEL, APLICAR EN ZONA AFECTADA CADA 8 HORAS POR 7 DIAS # 1 TUB CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA, INCAPACIDAD MEDICA, RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA .CONTINUA EN OBSERVACION POR MEDICINA

REVALORO PACIENTE QUIEN PRESENTA MEJORIA DE SU CUADRO CLINICO INICIAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, TOLERANDO VIA ORAL POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO HOSPITALARIO CON FORMULA MEDICA, CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA, INCAPACIDAD MEDICA, RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA.

**Examenes complementarios:**

RX DE HOMBRO IZQUIERDO AP LAT, RX CODO IZQUIERDO AP LAR RX DE TOBILLO IZQUIERDO AP LAT RX DE PIE IZQUIERDO AP LAT

---

**DATOS DEL EGRESO**

---

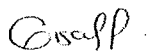
**Servicio de egreso:** Observacion**Fecha egreso:** 2023-07-30 04:51:00**Diagnostico del Egreso:**

VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, ESGUINCE GRADO II DE HOMBRO IZQUIERDO.

**Plan de manejo Ambulatorio:**

EGRESO HOSPITALARIO CON FORMULA IBUPROFENO TAB 400 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS # 15 TAB, DICLOFENACO GEL, APLICAR EN ZONA AFECTADA CADA 8 HORAS POR 7 DIAS # 1 TUB CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA, INCAPACIDAD MEDICA, RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA

**"CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR EL PACIENTE  
FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO"**



---

**MEDICO:** GISCELA ROCIO PEÑA OLMOS  
**ESPECIALIDAD:** MEDICO GENERAL  
**DOCUMENTO:** 1043005911  
**R. MEDICO:** 1043005911

**HISTORIA N° : 22540571**

**Documento :** 22540571  
**Nombres:** YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO  
**Fecha de nacimiento:** 1982-09-27 **Edad:** 41 **Ciudad:** MANATÍ - Atlántico  
**Dirección:** CALLE 5F # 4 - 71 **Barrio:** CEREZAL **Estado Civil:** Soltero (a)  
**Telefonos:** 3002127927 - 3103580655  
**Ocupación:** OTROS

**N° Evento:** 21217  
**Entidad:** EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. **Tipo de cliente:** SOAT  
**Fecha Ingreso:** 2023-07-30 00:05:00 **Fecha triage:** 2023-07-30 00:10:00  
**Fecha de Atención:** 2023-07-30 00:30:00

**ACOMPAÑANTE:**

**MOTIVO DE CONSULTA:** ACCIDENTE DE TRANSITO

**ANTECEDENTES PERSONALES:** PATOLOGICOS: NIEGA  
 ALERGICOS: NIEGA  
 QUIRURGICOS: NIEGA

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** NIEGA

**ENFERMEDAD ACTUAL:** PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD, QUIEN REFIERE HABER SUFRIDO ACCIDENTE DE TRANSITO, EL CUAL OCASIONA TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO, TRAUMA EN CODO IZQUIERDO, CON QUEMADURAS POR FRICCION GI, QUE DEJA DEFECTO CUTANEO, DE BORDES IRREGULARES, MAL DEFINIDOS CON FONDO SUCIO EN CODO IZQUIERDO, TRAUMA EN TOBILLO IZQUIERDO, TRAUMA EN PIE IZQUIERDO, ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO, EDEMA DEFORMANTE, LIMITACION PARA REALIZAR LOS MOVIMIENTOS MOTIVO POR EL CUAL INGRESA.

**REV. SISTEMAS:** SISTEMA RESPIRATORIO: NIEGA DISNEA, NIEGA TOS, NIEGA EXPECTORACIÓN Y/O HEMOPTISIS.  
 SISTEMA CARDIOVASCULAR: NIEGA DISNEA DE ESFUERZO, NIEGA ORTOPNEA.□  
 SISTEMA GASTROINTESTINAL O DIGESTIVO: NIEGA NÁUSEAS, NIEGA DIARREA.  
 SISTEMA GENITOURINARIO: NIEGA DISURIA DOLOROSA O DE ESFUERZO, NIEGA POLIAQUIURIA NIEGA HEMATURIA.  
 SISTEMA OSTEOMUSCULAR: REFIERE DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL EN HOMBRO IZQUIERDO, CODO IZQUIERDO, TOBILLO IZQUIERDO, PIE IZQUIERDO.  
 SISTEMA NEUROLÓGICO: NIEGA CEFALEA, NIEGA MAREOS, NO REFIERE PROBLEMAS DE COORDINACIÓN, NI PARESIAS O PARESTESIAS ESCALA DE DOLOR 9/10

**EVALUACION MEDICA:**

**SIGNOS VITALES:**  
 TA: 130/80 FC: 75 FR: 19 T°: 36 Sat o2: 99  
 Glassgow: 15/15 Peso: 80

**EXAMEN FISICO:**

**Cabeza:** NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS, REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA  
**Cuello:** Clínicamente Normal  
**Torax:** PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS, NO RUIDOS SOBREGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLO.  
**Abdomen:** Clínicamente Normal  
**Genitorinario:** Clínicamente Normal  
**Extremidades/ Pelvis:** EUTROFICAS CON DOLOR INTENSO, EDEMA, DEFORMIDAD, CREPITACION, CONTUSIONES CUTANEAS Y LIMITACION FUNCIONAL A NIVEL DE AREAS AFECTADAS HOMBRO IZQUIERDO, CODO IZQUIERDO, TOBILLO IZQUIERDO, PIE IZQUIERDO, SE EVIDENCIA QUEMADURAS POR FRICCION GI, QUE DEJA DEFECTO CUTANEO, DE BORDES IRREGULARES, MAL DEFINIDOS CON FONDO SUCIO, CONTAMINADA CON MATERIAL INORGANICO ABUNDANTE (ARENA, PIEDREAS PEQUEÑAS, RESTO DE VEGETALES ASFALTO ETC) INCRUSTADO EN CODO IZQUIERDO, CON SANGRADO ESCASO, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO.





**Dorso:** Clínicamente Normal

**Neurologico:** SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

**DIAGNOSTICOS:**

**Impresion diagnostica:** VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO, TRAUMA EN CODO IZQUIERDO, CON QUEMADURAS POR FRICCION GI, QUE DEJA DEFECTO CUTANEO, DE BORDES IRREGULARES, MAL DEFINIDOS CON FONDO SUCIO EN CODO IZQUIERDO, TRAUMA EN TOBILLO IZQUIERDO, TRAUMA EN PIE IZQUIERDO.

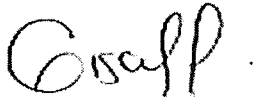
**Analisis:** PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, POLITRAUMATIZADO, QUIEN PRESENTA QUEMADURAS POR FRICCION GRADO I MAS LIMITACION FUNCIONAL, EDEMA DEFORMANTE EN SITIO DE LESION, POR LO QUE SE ORDENA ANALGESICOS SE SOLICITA RX DE HOMBRO IZQUIERDO AP LAT, RX CODO IZQUIERDO AP LAR RX DE TOBILLO IZQUIERDO AP LAT, RX DE PIE IZQUIERDO AP LAT, REVALORAR CON RESULTADOS.

**Plan:**

1. OBSERVACION
2. SSN 0.9% 500 CC PASAR A RAZON DE 60 CC HORA
3. DICLOFENACO SODICO AMPOLLA 75 MG IV PASAR EN 250CC SSN 0.9%  
DEXAMETASONA 8 AMPOLLA MG IV PASAR EN 250CC SSN 0.9%
- 4- IMAGENOLOGIA: RX DE HOMBRO IZQUIERDO AP LAT, RX CODO IZQUIERDO AP LAR RX DE TOBILLO IZQUIERDO AP LAT RX DE PIE IZQUIERDO AP LAT
- 5- CURACION POR ENFERMERIA
- 6CSV AC
- 7 REVALORAR

**CODIGOS RIPS(CIE10):**

CODIGO	DESCRIPCION
S570	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL CODO
S998	OTROS TRAUMATISMOS DEL PIE Y DEL TOBILLO, ESPECIFICADOS



**MEDICO:** GISCELA ROCIO PEÑA OLMOS

**ESPECIALIDAD:** MEDICO GENERAL

**DOCUMENTO:** 1043005911

**R. MEDICO:** 1043005911

FECHA Y HORA

2023-07-30 01:20:00

DOCUMENTO	: 22540571	OCCUPACION:	OTROS	EVENTO N°:	21217
PACIENTE:	YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO			SEXO:	Femenino
DIRECCION:	CALLE 5F # 4 - 71			BARRIO:	CEREZAL

**DATOS DEL CLIENTE**

NIT: 860028415-5 TIPO CLIENTE : SOAT  
CLIENTE: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

**CONTROLES****SUBJETIVO**

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS, QUIEN FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO, TRAUMA EN CODO IZQUIERDO, CON QUEMADURAS POR FRICCION GI, QUE DEJA DEFECTO CUTANEO, DE BORDES IRREGULARES, MAL DEFINIDOS CON FONDO SUCIO EN CODO IZQUIERDO, TRAUMA EN TOBILLO IZQUIERDO, TRAUMA EN PIE IZQUIERDO.

**OBJETIVO**

PACIENTE QUIEN PERSISTE CON DOLOR DE ELEVADA INTENSIDAD HOMBRO IZQUIERDO, MARCADA LIMITACION FUNCIONAL EN MIEMBRO AFECTADO Y AUMENTO PROGRESIVO DEL EDEMA A NIVEL ARTICULAR. AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIMETRICO NO DOLOROSO NO ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE, NO DOLOROSO A LA DIGITOPRESION EN PARRILLA COSTAL. MURMULLO VESICULAR AUDIBLE SIN AGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO AUDIBLE, ABDOMEN BLANDO DEPRIMIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NI SUPERFICIAL NI PROFUNDA PERISTALSIA POSITIVA SIN MEGALIAS, EXTREMIDADES EUTROFICAS CON EDEMA, DEFORMIDAD, CREPITACION, CONTUSION CUTANEA Y LIMITACION FUNCIONAL A NIVEL DE AREAS AFECTADAS HOMBRO IZQUIERDO, CODO IZQUIERDO, TOBILLO IZQUIERDO, PIE IZQUIERDO CON QUEMADURAS POR FRICCION GI, QUE DEJA DEFECTO CUTANEO, DE BORDES IRREGULARES, MAL DEFINIDOS CON FONDO SUCIO, CONTAMINADA CON MATERIAL INORGANICO ABUNDANTE (ARENA, PIEDREAS PEQUEÑAS, RESTO DE VEGETALES ASFALTO ETC) INCRUSTADO EN CODO IZQUIERDO CON SANGRADO ESCASO, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. REVISO RX CODO IZQUIERDO AP LAT RX DE TOBILLO IZQUIERDO AP LAT, RX DE PIE IZQUIERDO AP LAT: SIN LESIONES OSEAS.

RX DE HOMBRO IZQUIERDO AP LAT: NO SE EVIDENCIA LESIONES OSEAS, EDEMA IMPORTANTE DE TEJIDOS BLANDOS.

**ANALISIS**

PACIENTE QUE PERSISTE CON DOLOR, EDEMA PROGRESIVO, MARCADA LIMITACION FUNCIONAL E INESTABILIDAD ARTICULAR EN HOMBRO IZQUIERDO, MOTIVO POR EL CUAL SOLICITO VALORACION POR ORTOPEDIA

**PLAN**

VALORACION POR ORTOPEDIA QUIEN DEFINIRA MANEJO MEDICO A SEGUIR.

**DETALLE CONTROLES****CODIGO DESCRIPCION**

S47	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
S570	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL CODO
S998	OTROS TRAUMATISMOS DEL PIE Y DEL TOBILLO, ESPECIFICADOS

22

FECHA Y HORA

2023-07-30 01:20:00

---

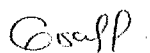
DOCUMENTO	: 22540571	OCUPACION:	OTROS	EVENTO N°:	21217
PACIENTE:	YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO			SEXO:	Femenino
DIRECCION:	CALLE 5F # 4 - 71			BARRIO:	CEREZAL

---

**DATOS DEL CLIENTE**

NIT: 860028415-5      TIPO CLIENTE : SOAT  
CLIENTE: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

---

**CONTROLES**

---

MEDICO:	GISCELA ROCIO PEÑA OLMOS
ESPECIALIDAD:	MEDICO GENERAL
DOCUMENTO:	1043005911
R. MEDICO:	1043005911

**FECHA Y HORA**

2023-07-30 01:52:00

DOCUMENTO	: 22540571	OCUPACION:	OTROS	EVENTO N°:	21217
PACIENTE:	YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO			SEXO:	Femenino
DIRECCION:	CALLE 5F # 4 - 71			BARRIO:	CEREZAL

### DATOS DEL CLIENTE

NIT: 860028415-5 TIPO CLIENTE : SOAT  
 CLIENTE: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

## CONTROLES

### SUBJETIVO

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS, QUIEN FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO, TRAUMA EN CODO IZQUIERDO, CON QUEMADURAS POR FRICCION GI, QUE DEJA DEFECTO CUTANEO, DE BORDES IRREGULARES, MAL DEFINIDOS CON FONDO SUCIO EN CODO IZQUIERDO, TRAUMA EN TOBILLO IZQUIERDO, TRAUMA EN PIE IZQUIERDO.

## OBJETIVO

AL EXAMEN FISICO: NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIMETRICO NO DOLOROSO NO ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRIMIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NI SUPERFICIAL NI PROFUNDA PERISTALSIA POSITIVA SIN MEGALIAS EXTREMIDADES EUTROFICAS ASIMETRICAS CON EDEMA, DERMOMIOMATOSIS, CREPITACION, CONTUSIONES CUTANEAS Y LIMITACION FUNCIONAL A NIVEL DE AREAS AFECTADAS HOMBRO IZQUIERDO, CODO IZQUIERDO, TOBILLO IZQUIERDO, PIE IZQUIERDO, CON QUEMADURA POR FRICCION CUBIERTA CON APOSITO ESTERIL EN BUEN ESTADO, ACOMPAÑADO ADEMAS DE MARCADA INESTABILIDAD ARTICULAR, CON LIMITACION FUNCIONAL EN HOMBRO IZQUIERDO, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO SNC SIN CONCIENTE ORIENTADO. REVISO RX CODO IZQUIERDO AP LAT, RX DE TOBILLO IZQUIERDO AP LAT, RX DE PIE IZQUIERDO AP LAT: SIN LESIONES OSEAS. RX DE HOMBRO IZQUIERDO AP LAT: NO SE EVIDENCIA LESIONES OSEAS, SE OBSERVA EDEMA IMPORTANTE DE TEJIDOS BLANDOS

## ANALISIS

PACIENTE A QUIEN SE LE DESCARTA LESIONES OSEAS, SIN EMBARGO, SE APRECIA DISCRETA INCONGRUENCIA ARTICULAR POSTRAUMATICA CON LIGERO DESPLAZAMIENTO ARTICULAR Y POSIBLE COMPROMISO LIGAMENTARIO EN HOMBRO IZQUIERDO POR LO QUE DECIDO SOLICITAR TAC 3D DE HOMBRO IZQUIERDO, PARA MEJOR DEFINICION Y VALORAR CONDUCTA MEDICOQUIRURGICA.

## PLAN

TAC 3D DE HOMBRO IZQUIERDO  
REVALORAR CON RESULTADOS

### DETALLE CONTROLES

CODIGO	DESCRIPCION
--------	-------------

S47 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

S570 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL CODO

S998 OTROS TRAUMATISMOS DEL PIE Y DEL TOBILLO, ESPECIFICADOS

FECHA Y HORA

2023-07-30 01:52:00

---

DOCUMENTO	: 22540571	OCUPACION:	OTROS	EVENTO N°:	21217
PACIENTE:	YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO			SEXO:	Femenino
DIRECCION:	CALLE 5F # 4 - 71	BARRIO:	CEREZAL		

---

**DATOS DEL CLIENTE**

NIT:	860028415-5	TIPO CLIENTE :	SOAT
CLIENTE:	EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.		

---

**CONTROLES**

---

MEDICO:	LUIS ALBERTO PINEDA REYES
ESPECIALIDAD:	ORTOPEDISTA
DOCUMENTO:	92521004
R. MEDICO:	70199

FECHA Y HORA

2023-07-30 03:15:00

DOCUMENTO	: 22540571	Ocupacion:	OTROS	EVENTO N°:	21217
PACIENTE:	YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO			SEXO:	Femenino
DIRECCION:	CALLE 5F # 4 - 71			BARRIO:	CEREZAL

**DATOS DEL CLIENTE**

NIT: 860028415-5 TIPO CLIENTE: SOAT  
CLIENTE: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

**CONTROLES****SUBJETIVO**

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS, QUIEN FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO, TRAUMA EN CODO IZQUIERDO, TRAUMA EN TOBILLO IZQUIERDO, TRAUMA EN PIE IZQUIERDO.

**OBJETIVO**

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA DOLOR INTENSO, EDEMA DEFORMANTE, LIMITACION PARA LA REALIZACION DE LOS MOVIMIENTOS E INESTABILIDAD ARTICULAR EN HOMBRO IZQUIERDO.

**ANALISIS**

SE REVISAS TAC EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES MULTIPLANAR CON CORTES AXIALES CORONALES SAGITALES SECUENCIALES CON RECONSTRUCCIÓN EN 3D DE HOMBRO IZQUIERDO, DONDE SE DESCARTA LESIONES OSEAS. SE OBSERVA EXTENSO EDEMA DE PARTES BLANDAS.

PACIENTE QUE CURSA CON ESGUINCE GII, POR LO QUE SE DECIDE DAR MANEJO MEDICO DIFERIDO.

PASAR A SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA REALIZAR TRATAMIENTO DE ESGUINCE MAS COLOCACION DE CABESTRILLO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PARA ESTABILIZAR ARTICULACION Y MINIMIZAR RIESGO USANDOLO 21 DIAS CONTINUOS, SE DA EGRESO HOSPITALARIO CON FORMULA IBUPROFENO TAB 400 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS # 15 TAB, DICLOFENACO GEL, APLICAR EN ZONA AFECTADA CADA 8 HORAS POR 7 DIAS # 1 TUB CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA, INCAPACIDAD MEDICA, RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA .CONTINUA EN OBSERVACION POR MEDICINA

**PLAN**

PASAR A SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA REALIZAR TRATAMIENTO DE ESGUINCE MAS COLOCACION DE CABESTRILLO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO  
EGRESO HOSPITALARIO CON FORMULA IBUPROFENO TAB 400 MG, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS # 15 TAB, DICLOFENACO GEL, APLICAR EN ZONA AFECTADA CADA 8 HORAS POR 7 DIAS # 1 TUB CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA, INCAPACIDAD MEDICA, RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA .CONTINUA EN OBSERVACION POR MEDICINA

**DETALLE CONTROLES****CODIGO DESCRIPCION**

S47	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
S570	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL CODO
S998	OTROS TRAUMATISMOS DEL PIE Y DEL TOBILLO, ESPECIFICADOS

18

FECHA Y HORA

2023-07-30 03:15:00

---

DOCUMENTO	: 22540571	OCUPACION:	OTROS	EVENTO N°:	21217
PACIENTE:	YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO			SEXO:	Femenino
DIRECCION:	CALLE 5F # 4 - 71	BARRIO:	CEREZAL		

---

**DATOS DEL CLIENTE**

NIT:	860028415-5	TIPO CLIENTE :	SOAT
CLIENTE:	EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.		

---

**CONTROLES**

---

MEDICO:	LUIS ALBERTO PINEDA REYES
ESPECIALIDAD:	ORTOPEDISTA
DOCUMENTO:	92521004
R. MEDICO:	70199

**FECHA Y HORA**

2023-07-30 04:18:00

<b>DOCUMENTO</b>	: 22540571	<b>OCUPACION:</b>	OTROS	<b>EVENTO N°:</b>	21217
<b>PACIENTE:</b>	YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO			<b>SEXO:</b>	Femenino
<b>DIRECCION:</b>	CALLE 5F # 4 - 71			<b>BARRIO:</b>	CEREZAL

**DATOS DEL CLIENTE**

**NIT:** 860028415-5 **TIPO CLIENTE :** SOAT  
**CLIENTE:** EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

**CONTROLES****SUBJETIVO**

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO QUIEN PRESENTA LESION LIGAMENTARIA Y/O TEGUMENTARIA TIPO ESGUINCE GRADO II DE HOMBRO IZQUIERDO

**OBJETIVO**

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA MEJORIA DE CUADRO CLINICO INICIAL, CON EDEMA, DOLOR A LA MOVILIZACION DE HOMBRO IZQUIERDO.

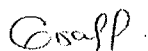
**ANALISIS**

REVALORO PACIENTE QUIEN PRESENTA MEJORIA DE SU CUADRO CLINICO INICIAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, TOLERANDO VIA ORAL POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO HOSPITALARIO CON FORMULA MEDICA, CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA, INCAPACIDAD MEDICA, RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA.  
**PLAN**

EGRESO HOSPITALARIO CON FORMULA MEDICA, CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA, INCAPACIDAD MEDICA, RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA.

**DETALLE CONTROLES****CODIGO DESCRIPCION**

S47 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL HOMBRO Y DEL BRAZO  
S570 TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL CODO  
S998 OTROS TRAUMATISMOS DEL PIE Y DEL TOBILLO, ESPECIFICADOS



<b>MEDICO:</b>	GISCELA ROCIO PEÑA OLMOS
<b>ESPECIALIDAD:</b>	MEDICO GENERAL
<b>DOCUMENTO:</b>	1043005911
<b>R. MEDICO:</b>	1043005911



---

**DOCUMENTO** : 22540571**PACIENTE** : YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO**MEDICO**: LUIS ALBERTO PINEDA REYES**TIPO DE CLIENTE**: SOAT**EVENTO N°** : 21217**RESPONSABLE**: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

---

**PROCEDIMIENTO**: 37202 | Tratamiento esguinces**FECHA**: 2023-07-30**JUSTIFICACION:**

LESION LIGAMENTARIA Y/O TEGUMENTARIA TIPO ESGUINCE GRADO II DE HOMBRO IZQUIERDO

**DESCRIPCION QUIRURGICA (OBSERVACIONES):**

EN SALA ESPECIAL, PREVIA SEPSIA Y ANTISEPSIA, SE VERIFICA QUE EL CODO SE ENCUENTRE FIRME EN ADUCCION Y CON UN ANGULO DE 90°, LA MUÑECA Y LA MANO ESTEN SUJETAS COMPROBANDO QUE EL CODO QUEDE ALINEADO A LA LINEA MEDIA DEL CUERPO, SE PROCEDE A COLOCARLE EL ANTEBRAZO DENTRO DEL SACO, SE AJUSTA LA CORREA LARGA DEL CABESTRILLO PASANDOLA POR DETRÁS DEL TRONCO HASTA EL HOMBRO COLATERAL Y SE CRUZA DEL PECHO HASTA EL SACO, SE FIJA LA CORREA EN EL BROCHE CERCANO A LA MUÑECA REGULANDO SU LONGITUD, TENIENDO EN CENTA QUE LA MANO QUEDE A NIVEL DE CODO O LIGERAMENTE POR ENCIMA, PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO.



---

**MEDICO**: LUIS ALBERTO PINEDA REYES**ESPECIALIDAD**: ORTOPEDISTA**DOCUMENTO**: 92521004**R. MEDICO**: 70199

---

**PACIENTE**: YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO

DOCUMENTO : 22540571

PACIENTE : YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO

MEDICO: JORGELYS VANESSA CASTAÑO CAICEDO

TIPO DE CLIENTE: SOAT

EVENTO N° : 21217

RESPONSABLE: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

PROCEDIMIENTO: 39202 | Derechos de sala para curaciones


FECHA: 2023-07-30

**JUSTIFICACION:**

curación por enfermería quemaduras por fricción gi en codo izquierdo

**DESCRIPCION QUIRURGICA (OBSERVACIONES):**

Ingresa paciente masculino menor de edad a sala de procedimiento menor para realización de curación por enfermería quemaduras por fricción gi en codo izquierdo  
se explica procedimiento al paciente y familiar quien firma consentimiento informado familiar con todas las prácticas asépticas se procede a realizar curación en zonas antes mencionadas, el cual se observa quemaduras por fricción gi, que deja defecto cutáneo, de bordes irregulares, mal definidos con fondo sucio en codo izquierdo se procede a realizar curación con solución salina y clorhexidina espuma, se retira secreción a la digitación, se secan heridas, se cubre con gasas esteril y compresas  
Procedimiento finaliza sin complicaciones.



MEDICO: JORGELYS VANESSA CASTAÑO CAICEDO

ESPECIALIDAD:

DOCUMENTO: 1043554235

R. MEDICO:

PACIENTE: YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO

Fecha: 2023-07-30 00:53:00

Orden N°: 59819

Page 1 of 1

Documento : 22540571

Paciente: YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO

Medico: JUAN FERNANDO SALCEDO BRAND

Evento N°: 21217

Cliente: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

Tipo Cliente: SOAT

Codigo	Descripcion	Cantidad	Miembro	Observacion
21102	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	1	Izquierdo	No hay evidencias de lesiones óseas o fracturas. Densidad y mineralización ósea conservada. Las relaciones articulares están conservadas. Edema de partes blandas. Conclusión: Lo descrito.
21101	RADIOGRAFIA DE CODO	1	Izquierdo	No hay evidencias de lesiones óseas o fracturas. Densidad y mineralización ósea conservada. Las relaciones articulares están conservadas. Edema de partes blandas. Conclusión: Lo descrito.
21101	RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA	1	Izquierdo	No hay evidencias de lesiones óseas o fracturas. Densidad y mineralización ósea conservada. Las relaciones articulares están conservadas. Edema de partes blandas. Conclusión: Lo descrito.
21101	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL	1	Izquierdo	No hay evidencias de lesiones óseas o fracturas. Densidad y mineralización ósea conservada. Las relaciones articulares están conservadas. Edema de partes blandas. Conclusión: Lo descrito.

**DESCRIPCION:**  
**CUMPLIR ORDEN****MEDICO: JUAN FERNANDO SALCEDO BRAND**  
**ESPECIALIDAD: RADIOLOGO**  
**DOCUMENTO: 72165367**  
**R. MEDICO: 72165367****PACIENTE: YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO**

Fecha: 2023-07-30 02:24:00

Orden N°: 59820

Page 1 of 1

Documento : 22540571

Paciente: YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO

Medico: JUAN FERNANDO SALCEDO BRAND

Evento N°: 21217

Cliente: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

Tipo Cliente: SOAT

Codigo	Descripcion	Cantidad	Miembro	Observacion
21716	TOMOGRAFÍA EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	1	Izquierdo	<p>Informe:</p> <p>Se observa extenso edema de partes blandas por incongruencia articular</p> <p>Se descartan lesiones articulares.</p> <p>No se observan otras alteraciones.</p> <p>Conclusión:</p> <p>Lo descrito.</p>
21722	TOMOGRAFÍA RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL, AGREGAR AL COSTO DEL EXAMEN:	1	Izquierdo	<p>Técnica:</p> <p>Se realizan Tomografía (Hombro) cortes axiales coroneales sagitales secuenciales con reconstrucción en 3D con los siguientes hallazgos.</p> <p>Informe:</p> <p>Se observa extenso edema de partes blandas por incongruencia articular</p> <p>Se descartan lesiones articulares.</p> <p>No se observan otras alteraciones.</p> <p>Conclusión:</p> <p>Lo descrito.</p>

**DESCRIPCION:**

TAC 3D DE HOMBRO IZQUIERDO



MEDICO: JUAN FERNANDO SALCEDO BRAND  
ESPECIALIDAD: RADIOLOGO  
DOCUMENTO: 72165367  
R. MEDICO: 72165367

PACIENTE: YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO

FECHA Y HORA: 2023-07-30 04:27:00

TIPO: ORDEN INTERNA

DOCUMENTO : 22540571

EVENTO N°: 21217

PACIENTE: YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO

TIPO CLIENTE: SOAT

MEDICO: LUIS ALBERTO PINEDA REYES

RESPONSABLE: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

Cantidad	Medicamentos	Dosis	Observación
1	DICLOFENACO 1% X 50GR GEL (VOLTAREN EMULGEL)	1 DOSIS UNICA	APLICAR EN ZONA DE LESION CADA 8 HORAS POR 7 DIAS
15	IBUPROFENO 400MG TAB	1 CADA 8 HORAS X 120 HORAS	TOMAR CADA 8 HORAS

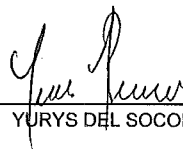


MEDICO: LUIS ALBERTO PINEDA REYES

ESPECIALIDAD: ORTOPEDISTA

DOCUMENTO: 92521004

R. MEDICO: 70199



PACIENTE: YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO

FECHA Y HORA: 2023-07-30 04:27:00

TIPO: ORDEN INTERNA

DOCUMENTO : 22540571

EVENTO N°: 21217

PACIENTE: YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO

TIPO CLIENTE: SOAT

MEDICO: LUIS ALBERTO PINEDA REYES

RESPONSABLE: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

Cantidad	Medicamentos	Dosis	Observación
1	CABESTRILLO L	1 DOSIS UNICA	INMOVILIZAR MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO

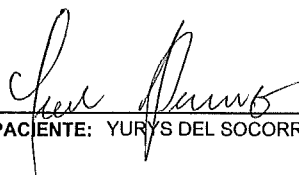


MEDICO: LUIS ALBERTO PINEDA REYES

ESPECIALIDAD: ORTOPEDISTA

DOCUMENTO: 92521004

R. MEDICO: 70199



PACIENTE: YURYS DEL SOCORRO OLIVERO ROMERO

FECHA:	HORA
Diclofenaco 75mg IV en 250cc SSNO 9% n	00:40 J.C.
Dexametasona 8mg IV en 250cc SSNO 9% n	01:10 J.C.

Q

DISTRIBUCIÓN DE LÍQUIDOS

Nombre: Yury Olivero Romero

Fecha: 30-07-23

Edad: 41

Médico: \_\_\_\_\_

Cama: URG

Dx: \_\_\_\_\_

NÚMERO	LÍQUIDOS	INICIA	TERMINA	FIRMA
①	SSNO. 9%. 250 CC	00:40Am	01:10Am	Jcastano
①	SSNO. 9%. 250 CC	01:10Am	01:50Am	Jcastano
①	SSNO. 9%. 500 CC	01:50Am	04:01Am	Jcastano

A - Gotas por minuto





Calle 22 No. 16B-4  
Sabanalarga - Atlántico  
umsanvicente@outlook.com

## RECIBIDO A SATISFACCIÓN

Fecha: 30-07-13

Yo Yoel del Socorro Chivero Romero

identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 22540541

expedida en

afiliado a SENA

Manifiesto que RECIBÍ a satisfacción todos los servicios médicos quirúrgicos y de rehabilitación brindados en el UNIDAD MEDICA SAN VICENTE, durante mi atención, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 3047 de 2008, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

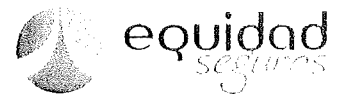
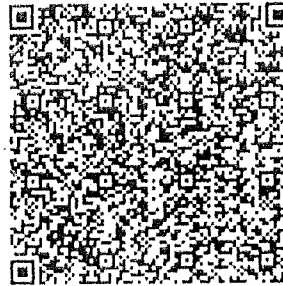
En mi caso particular me realizaron:

Valoración Médica, Imágenes, Administración de Medicamentos

X

FIRMA PACIENTE O ACOMPAÑANTE

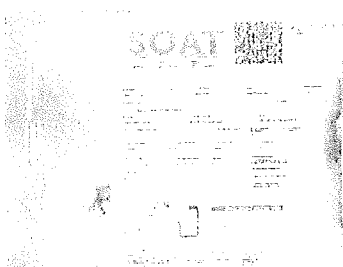
HUELLA



FECHA DE EXPIRACIÓN: 2022-11-07  
VIGENCIA: 2022-11-08  
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL: 2023-11-07

Nº DE PÓLIZA	PLACA Nº	CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE Y TON	MODELO
8092473100	GCF 14G	MOTOS	PARTICULAR	200	2023
PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA			
2	BAJAJ	SIN CARROCERIA			
LÍNEA VEHICULO	PULSAR NS 200 FI				
Nº MOTOR	Nº CHASIS e Nº SERIE	Nº VIN	CAPACIDAD TON		
JLXCNB34405	9GJA36JL5PT039211	9GJA36JL5PT039211	0.00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TÉLEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL	Nº DE DOCUMENTO DEL	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CANTILLO TAPIAS, KELLY JOHANA		3113965917	CC	22540754	BOGOTÁ, D.C.
CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	Nº FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN	
AT1501	0026	860028415	0	BOGOTÁ, D.C.	
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN	TASA RENT	AMPAROS POR	
120	\$ 364900	\$ 189700	\$ 2100	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS	
TOTAL A PAGAR				B. INCAPACIDAD PERMANENTE	
\$ 556700				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	
				D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	
				HASTA	
				800 SALARIO	
				180 S	
				750 MÍNIMOS	
				10 LEGALES	
				DIARIOS	

FIRMA AUTORIZADA



A partir del 1 de enero de 2019  
la expedición del SOAT  
se realizará en un único formato en Colombia.

Tu decides como llevarlo, digital o impreso

Para el SOAT es obligatorio

la equidad seguros.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones.

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Este atienda al momento en que desea renovar su póliza. No tener SOAT vigente atarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el control por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

- Si a quien le ocurrió el accidente le presta servicios de salud más cercanos al lugar del accidente, siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 140 Decreto Ley 683 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosypa lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada de presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, e a cuya conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y sobre la dirección física o electrónica de responsable del tratamiento de dicha información.



MINISTERIO DE TRANSPORTE



Consulta Automotores

[Realizar otra consulta](#)

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

PLACA DEL VEHÍCULO: GCF14G

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO: 10027677930

ESTADO DEL VEHÍCULO: ACTIVO

TIPO DE SERVICIO: Particular

CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA

## Información general del vehículo

MARCA:	BAJAJ	LÍNEA:	PULSAR NS 200 FI
MODELO:	2023	COLOR:	NEGRO INFINITO
NÚMERO DE SERIE:	9GJA36JL5PT039211	NÚMERO DE MOTOR:	JLXCNB34405
NÚMERO DE CHASIS:	9GJA36JL5PT039211	NÚMERO DE VIN:	9GJA36JL5PT039211
CILINDRAJE:	200	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	10/11/2022
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	INSTITUTO MUNICIPAL DE TRANSITO Y TRANSPORTE DE CLEMENCIA BOLIVAR	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
8092473100	07/11/2022	08/11/2022	07/11/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	🔄 VIGENTE
11694267	02/06/2011	04/06/2011	04/06/2012	511	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	🕒 NO VIGENTE
10894793	02/06/2010	03/06/2010	03/06/2011	511	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	🕒 NO VIGENTE
10213611	02/06/2009	03/06/2009	03/06/2010	511	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	🕒 NO VIGENTE
1699719	03/06/2008	03/06/2008	03/06/2009	511	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	🕒 NO VIGENTE



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027677930

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
GCF14G	BAJAJ	PULSAR NS 200 FI	2023
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
200	NEGRO INFINITO	PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
JLXC�B34405	N	9GJA36JL5PT039211	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GJA36JL5PT039211	N	9GJA36JL5PT039211	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN		
CANTILLO TAPIAS KELLY JOHANA	C.C. 22540754		

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

24

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

VE

FECHA IMPORT.

PUERTAS

012022000017664

I

12/09/2022

0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTD.

FECHA VENCIMIENTO

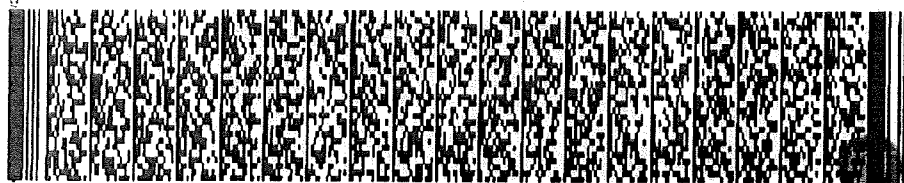
10/11/2022

10/11/2022

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO



INSTITUTO MUNICIPAL DE TRANSITO Y TRANSPORTE  
DE CLEMENCIA BOLIVAR




LT03005608443

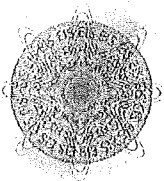
Conductor  
Dirección: Calle 5F # 4-71  
Manatí Barrio Cereza  
celular: 3023584538

REPÚBLICA DE COLOMBIA

   
Libertad y Orden REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**CONTRASEÑA**

 PRIMERA VEZ CC  
1.127.594.768



ADULTA REGISTRO PARA LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
ADULTA REGISTRO PARA LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

APELLIDOS / NOMBRES  
**REALES OLIVERO  
YAIVER DAVID**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO  
**07-MAY-2005  
CARACAS-LIBERTADOR - VENEZUELA**


FECHA DE EXPEDICIÓN  
**18-MAY-2023**

SEXO  
**MASCULINO**

LUGAR DE PREPARACIÓN  
**MANATÍ - MANATÍ**

OFICINA DE ENTREGA  
**MANATÍ - MANATÍ**

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.



**ESTE COMPROBANTE ES  
VÁLIDO HASTA EL 18-NOV-2023**

**8508267776  
18-MAY-2023**

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

**Resultados de la consulta**

**Información Básica del Afiliado :**

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	22540571
NOMBRES	YURYS DEL SOCORRO
APELLIDOS	OLIVERO ROMERO
FECHA DE NACIMIENTO	*/**/*
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	MANATI

**Datos de afiliación :**

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/04/2002	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/30/2023 05:07:22 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

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

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

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

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **22.540.571**

**OLIVERO ROMERO**

APELLIDOS

**YURYS DEL SOCORRO**

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-SEP-1982**

**MANATI**  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

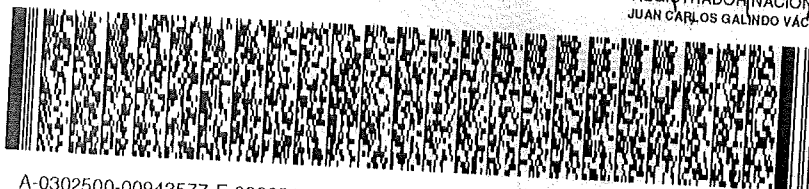
**F**

SEXO

**07-FEB-2001 MANATI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0302500-00943577-F-0022540571-20171005

0057848324A 2

48807363