

Bucaramanga, octubre 25 de 2022

Señor

**JUZGADO 06 PENAL MUNICIPAL FUNCION CONTROL GARANTIAS DE BUCARAMANGA**

[j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co)

|                    |                                                       |
|--------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Referencia:</b> | <b>DERECHO DE CONTRADICCIÓN AMPARO CONSTITUCIONAL</b> |
| <b>ACCIONANTE:</b> | <b>LUZ ALEIDA RAMÍREZ ARIAS</b>                       |
| <b>AGENCIADO</b>   | <b>SAMUEL DAVID SANTOS RAMÍREZ</b>                    |
| <b>ACCIONADO:</b>  | <b>COOSALUD EPS S.A.</b>                              |
| <b>Radicación:</b> | <b>2022 -170</b>                                      |

**JULIANA GIRALDO HERNANDEZ**, identificada con la C.C. 52.256.804, actuando en mi calidad de Gerente de la Regional Nororiente de COOSALUD E.P.S. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. identificada con NIT. 900226715-3, concurre ante su despacho con el respeto acostumbrado con el propósito de presentar contestación dentro de la oportunidad conferida, con fundamento en las siguientes consideraciones:

Se sintetiza la pretensión de la parte accionante y el requerimiento judicial en el que se informe si el menor SAMUEL DAVID SANTOS RAMÍREZ, cuál es el tratamiento que ha recibido por parte de esa EPS y, si se le está garantizando en forma continua y oportuna la asistencia médica, en especial con el suministro de enfermera domiciliario 12 horas y oxígeno conforme a prescripción de la especialista tratante desde el 16 de agosto de 2022, explicando en caso negativo, cuales fueron los motivos y razones que fundamentan dicha determinación; de otra parte se pretende por el accionante el suministro de enfermera o cuidador domiciliario veinticuatro horas de manera permanente; cama hospitalaria; silla de ruedas; tratamiento integral; oxígeno; nutrición; enfermería domiciliaria; atención por médico domiciliario; que se designe a la madre como cuidadora; la exoneración de pagos por cuota moderadora, cuota de recuperación o copagos y se suministre suplemento nutricional

## DE LA REPLICA

Con relación al requerimiento que realiza el juzgado respecto de la información que se requiere relacionada con la PRESTACIÓN del servicio de salud a favor del agenciado es importante mencionar que actualmente COOSALUD EPS ha autorizado y solicitado a las diferentes IPS que hacen parte de su RED DE PRESTADORES a efectos de que, conforme sus funciones, obligaciones y habilitación, procedan a PRESTAR el servicio de salud que requiere el agenciado, conforme las ordenes medicas que para el particular emitan los médicos tratantes.

Conforme lo dispuesto en el artículo 177 de la ley 100 de 1993 *“Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del*

#PásateACoosalud

Línea de atención nacional 01 8000 515611  
desde tu celular al #922 - [www.coosalud.com](http://www.coosalud.com)



recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley." Adicionado con lo dispuesto en el inciso 2 del art. 14 de la ley 1122 de 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones mediante la cual se indica que "las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del **aseguramiento**", entendiéndose por aseguramiento en salud, conforme el Inc. 1, ibidem: "...la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario..".

Por otra parte, el artículo 185 de la ley 100 de 1993 dispone que "Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud **prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.**

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y **tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera**" -negrita y subraya fuera de texto.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante mencionar que se hace importante que se proceda por el juez a vincular a las presentes diligencias a dicha entidad a efectos de que se pronuncie sobre el particular, solicitud que se eleva de forma comedida y teniendo en cuenta que es el PRESTADOR quien debe, conforme la organización del subsistema de seguridad social en salud, materializar la prestación del servicio, pues así se ha dispuesto por ley, lo anterior conforme el artículo 185 de la ley 100 de 1993.

De otra parte, respecto el servicio de CUIDADOR y que para ello sea designada a la madre del menor, es importante manifestar que la pretensión debe ser rechazada en consideración a que en principio el *acompañamiento* debe ser garantizado por el núcleo familiar del paciente, toda vez que son quienes se deben encargar de garantizar las labores básicas de la persona tales como alimentarse, bañarse, vestirse, cambios de posición, entre otras; que no requieren de un conocimiento técnico para su desarrollo.; de acuerdo con el principio constitucional de solidaridad.

Adicionalmente, en el presente caso no se cumplen los presupuestos establecidos por la Corte Constitucional para ordenar la prestación del servicio de cuidador, conforme al pronunciamiento realizado en sentencia T – 065 de 2018, en donde señaló lo siguiente:



*Lo define como "aquella que comporta el apoyo físico y emocional que se debe brindar a las personas en condición de dependencia para que puedan realizar las actividades básicas que por su condición de salud no puede ejecutar de manera autónoma, se tiene que ésta no exige necesariamente de los conocimientos calificados de un profesional en salud".*

*Resulta que este servicio "no puede ser catalogado como de médico, esta Corte ha entendido que, al menos en principio, debe ser garantizado por el núcleo familiar del afiliado y no por el Estado. Ello, pues propende por garantizar los cuidados ordinarios que el paciente requiere dada su imposibilidad de procurárselos por sí mismo, y no tiende por el tratamiento de la patología que lo afecta".*

*Señalando los requisitos que se deben cumplir para que este servicio ser otorgado. "Es así como se ha reconocido la existencia de eventos excepcionales en los que (i) **existe certeza sobre la necesidad del paciente de recibir cuidados especiales** y (ii) en los que el principal obligado a otorgar las atenciones de cuidado, esto es, **el núcleo familiar, se ve imposibilitado materialmente** para otorgarlas y dicha situación termina por trasladar la carga de asumirlas a la sociedad y al Estado.*

*De igual manera, indicando cuales son los efectos que se deben consolidar para que "imposibilidad material" se materialice: "(i) no cuenta ni con la capacidad física de prestar las atenciones requeridas, ya sea por (a) falta de aptitud como producto de la edad o de una enfermedad, o (b) debe suplir otras obligaciones básicas para consigo mismo, como proveer los recursos económicos básicos de subsistencia; (ii) resulta imposible brindar el entrenamiento o capacitación adecuado a los parientes encargados del paciente; y (iii) carece de los recursos económicos necesarios para asumir el costo de contratar la prestación de ese servicio."*

Por lo que, al no haber acreditado la orden médica en que se haya prescrito tal servicio y que diera certeza sobre la necesidad del paciente de recibir dichos cuidados especiales y que los mismos deban ser suministrados por la progenitora, no se cumple con la totalidad de requisitos y por tanto solicitamos se declare improcedente la pretensión realizada por el accionante, respecto del suministro de **SERVICIO DE CUIDADOR**; adicionalmente es importante destacar que al solicitarse por la accionante que sea ella designada como cuidadora, es porque tiene la disposición y posibilidad de asumir el cuidado del menor y por ende la carga no se pudo trasladar al estado, especialmente en consideración al desarrollo jurisprudencial que existe sobre el particular.

En consideración al servicio de **enfermería** es importante manifestar que se ha solicitado al prestador HEALTH & LIFE IPS el suministro del servicio, quien informó que en comunicación sostenida con la accionante a efectos de que se informara la dirección de ubicación del usuario, esta manifestó desconocer la misma por lo tanto no es posible que se proceda a lo solicitado hasta tanto la accionante no informe la dirección de residencia del agenciado a efectos de proceder a la prestación del servicio, no obstante lo anterior es importante indicar



que sobre el particular se presentan conductas positivas por parte de COOSALUD para la prestación del servicio y por hecho ajeno a la entidad no se ha podido proceder a lo requerido, en consecuencia la pretensión deberá ser negada.

En relación con el servicio de **oxígeno** nos permitimos informar que a la fecha se ha solicitado por COOSALUD a MESSER que proceda a remitir la certificación del suministro, el cual será remitido una vez se haya recibido el mismo; de otra parte, se aporta comprobante del suministro de succionador que se ha ordenado por medico tratante, el cual es suministrado por OXICARE.

Respecto la **cama hospitalaria y silla de ruedas** pretendidas es importante mencionar, por una parte que no se cuenta con orden medica que haya prescrito la necesidad de la paciente del suministro de dichos elementos, por el contrario existe atención de **medico domiciliario** de fecha 24 de octubre de 2022, la cual se adjunta al presente escrito y que demuestra que dicho servicio ya fue prestado, en la cual se han emitido las ordenes que se consideraron por el profesional de salud, eran necesarias para la atención de la paciente, sin que se mencione en la valoración la necesidad de la cama hospitalaria y silla de ruedas, por ende la pretensión en dicho sentido deberá ser negada, así como declararse declarado el hecho superado respecto del servicio o valoración por medico domiciliario.

Respecto de la **valoración por nutrición**, se adjunta al presente escrito la historia clínica de fecha 26 de septiembre de 2022 y en la cual se emitieron las ordenes respectivas por dicha especialidad respecto de las cuales a la fecha se ha solicitado el cumplimiento al prestador a que hay lugar, por lo que respecto de la pretensión sobre el particular se encuentra superada por CARENIA DE OBJETO.

Finalmente, respecto la exoneración de pagos por cuota moderadora, cuota de recuperación y copagos es importante manifestar que se debe NEGAR la pretensión en atención a los siguientes argumentos expuestos por la Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-270/2020, en la cual indicó:

*"En relación con los pagos moderados al interior del SGSS, el Acuerdo 260 de 2004 se desarrolló el concepto de copagos, como "los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema", aplicándose entre otras, a los afiliados al régimen subsidiado, a excepción de la población y servicios que la ley indica. Así, por ejemplo, el literal g) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 exceptuó de la cancelación de copagos a la población identificada en el nivel I del Sisbén, por tratarse de las personas más pobres.*

Teniendo en cuenta lo anterior es claro que la pretensión debe negarse por cuanto la parte accionante puede asumir los pagos a que hay lugar, aun encontrándose en el régimen subsidiado.

Finalmente en relación con la **atención integral** nos permitimos manifestar que la decisión en dicho sentido debe ser NEGADA por cuanto con los documentos aportados con el escrito

#PásateACoosalud

Línea de atención nacional 01 8000 515611  
desde tu celular al #922 - [www.coosalud.com](http://www.coosalud.com)



de tutela, los que se envían junto con el presente escrito, y lo argumentado por las IPS vinculadas a la presente acción se evidencia que el agenciado está recibiendo atención en salud en la RED DE PRESTADORES de COOSALUD EPS S.A. y por ende se está garantizando el servicio.

Teniendo en cuenta que la Corte Constitucional (CC T-137/21; CC T-081/19) ha establecido los presupuestos que deben cumplirse para ordenar un tratamiento integral. Ello sobre la base de que, una pretensión en tal sentido no puede tener sustento en afirmaciones abstractas e inciertas, en donde los requisitos son los siguientes:

*"(i) que la EPS haya actuado con negligencia en la prestación del servicio, como ocurre, por ejemplo, cuando demora de manera injustificada el suministro de medicamentos, la programación de procedimientos o la realización de tratamientos; y (ii) que existan las órdenes correspondientes, emitidas por el médico tratante, en que se especifiquen las prestaciones o servicios que requiere el paciente".*

Analizando dichos aspectos de cara a la situación concreta del accionante, es claro que no se ha actuado con negligencia en tanto que se propugna en la prestación del servicio por cuanto los mismos son garantizados por COOSALUD EPS S.A. al haber autorizado estos, se están programando y prestando

Adicionalmente a lo anterior es claro que en el expediente no se evidencia incumplimiento generalizado por parte de **COOSALUD EPS S.A.**; por el contrario, esta entidad ha venido autorizando los servicios médicos requeridos por el paciente, así que no puede suponerse que existirá un incumplimiento si no se exhiben elementos que demuestren que Coosalud EPS S.A. ha sido continuamente negligente, o incumplida en sus obligaciones, hacia la atención en salud que ha requerido el beneficiario del servicio.

Así las cosas, mal haría el Despacho en conceder o confirmar una atención integral suponiendo un futuro incumplimiento cuando no existen hechos indicadores de dicha situación. Frente a estas situaciones la Corte Constitucional en sentencia T-279 de 1997, sostuvo:

*"La informalidad de la tutela no justifica el que los ciudadanos recurran a ella con el único propósito de conjurar una situación que consideran, a través de conjeturas, podría ocasionar un perjuicio. Dicha acción no protege derechos fundamentales sobre la suposición de que llegarían a vulnerarse por hechos o actos futuros. Por ello el ciudadano, actuando directamente o a través de apoderado, cuando vaya a instaurar una acción de amparo debe cotejar, sopesar y analizar si en realidad existe la vulneración o amenaza de tales derechos, pues la tutela no puede prosperar sobre la base de actos o hechos inexistentes o imaginarios, lo cual, por el contrario, conduce a congestionar la administración de justicia de modo innecesario y perjudicial para ésta."*

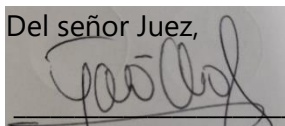
#PásateACoosalud



En ese orden de ideas, **no existe una razón objetivada, fundada y claramente establecida por la que se pueda inferir que los hechos u omisiones amenazan los derechos fundamentales del accionante y/o agenciado**, pues la amenaza debe ser entonces contundente, cierta, ostensible, inminente y clara, para que la protección judicial de manera preventiva evite la realización del daño futuro, motivo por el cual no se debe conceder o confirmar el amparo solicitado.

En consideración a lo anterior, se debe proceder a negarse las pretensiones por no existir los presupuestos para ello y, por otra parte, declarar el HECHO SUPERADO en razón a la CARENCIA DEL OBJETO de aquellas en que se acredita el cumplimiento de las ordenes medicas.

Del señor Juez,



**JULIANA GIRALDO HERNANDEZ**

Gerente – Regional Nororiente

Proyecto:



**RE: RV: ADMISION - SAMUEL DAVID SANTOS RAMÍREZ**

coordinadorbucaramanga@oxicare.com.co <coordinadorbucaramanga@oxicare.com.co>

Mar 25/10/2022 11:32

Para: Andrea Delgadillo Aldana <adelgadillo@coosalud.com>

CC: undefined <imceaundefined-coordinadorbucaramanga+40oxicare+2ecom+2eco@namprd07.prod.outlook.com>; Fabio Orlando Osorio Sandoval <fosorio@coosalud.com>; Genny Alexandra Leguizamo Ortiz <galeguizamo@coosalud.com>; Josmar Muñoz Arciniegas <jomunoz@coosalud.com>

Buen día

Cordial saludo

Adjunto remisión de servicio prestado por. Oxicare, solo cuenta con succionador por parte de oxicare ya que la zona de florida es atendida por otro prestador de equipos de oxigeno

Agradezco la atención prestada

Quedo atento

-----

**OLEIDER GERARDINO**

**BUCARAMANGA**

**Avenida González Valencia 50-14**

**315-4045338**

-----Mensaje original-----

De: "Andrea Delgadillo Aldana" <adelgadillo@coosalud.com>

Enviado: Tuesday, 25 October, 2022 10:59am

Para: "coordinadorbucaramanga@oxicare.com.co" <coordinadorbucaramanga@oxicare.com.co>, "undefined"

<IMCEAUNDEFINED-coordinadorbucaramanga+40oxicare+2Ecom+2Eco@namprd07.prod.outlook.com>

CC: "Fabio Orlando Osorio Sandoval" <fosorio@coosalud.com>, "Genny Alexandra Leguizamo Ortiz"

<galeguizamo@coosalud.com>, "Josmar Muñoz Arciniegas" <jomunoz@coosalud.com>

Asunto: RV: ADMISION - SAMUEL DAVID SANTOS RAMÍREZ

Cordial salud Sres OXICARE

Agradezco enviar soporte prestacion de servicios de suministro de oxigeno,

**SAMUEL DAVID SANTOS RAMÍREZ**

RC: 1097139333

Atentamente,

**Andrea Delgadillo Aldana**

Gestor de referencia

Tel. 6433344

Mail: [adelgadillo@coosalud.com](mailto:adelgadillo@coosalud.com)

Avenida Gonzalez Valencia # 48-14 Bucaramanga (Santander)



**Aviso legal - Protección de Datos Personales:** COOSALUD, dando cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013, tendiente a la protección de datos personales, lo invita que conozca la Política de Tratamiento de Información Personal en [www.coosalud.com](http://www.coosalud.com), la cual establece los derechos que le asisten como titular, el procedimiento para ejercerlos, las finalidades para la cual se tratan los datos, entre otros aspectos. Si usted tiene alguna inquietud frente al manejo de la información, envíe un correo electrónico a [notificacioncoosaludeps@coosalud.com](mailto:notificacioncoosaludeps@coosalud.com) y con gusto será atendido.

**De:** Fabio Orlando Osorio Sandoval <fosorio@coosalud.com>

**Enviado:** martes, 25 de octubre de 2022 8:01 a. m.

**Para:** Josmar Muñoz Arciniegas <jomunoz@coosalud.com>; Genny Alexandra Leguizamo Ortiz <galeguizamo@coosalud.com>; Andrea Delgadillo Aldana <adelgadillo@coosalud.com>

**Cc:** Fabio Alberto Caceres Duarte <fcaceres@coosalud.com>; Adriana Maria Ortiz Rios <aortiz@coosalud.com>

**Asunto:** ADMISION - SAMUEL DAVID SANTOS RAMÍREZ

NUTRICION Y OTROS

Cordialmente,

**Fabio Orlando Osorio Sandoval**

Analista Jurídico

(7)6433344 Ext. 14005

Avenida Gonzalez Valencia 48-14

Bucaramanga, Colombia

[fosorio@coosalud.com](mailto:fosorio@coosalud.com)



**De:** Notificación Coosalud EPS <notificacioncoosaludeps@coosalud.com>

**Enviado:** lunes, 24 de octubre de 2022 14:52

**Para:** Radicacion\_Santander <Radicacion\_Santander@coosalud.com>

**Asunto:** RV: auto de avocamiento acción de tutela 2022-00122 y oficios de notificaciones 4554 al 4557

Saludos,

Cordialmente;

**COOSALUD EPS.**

notificacioncoosaludeps@coosalud.com



**Aviso legal - Protección de Datos Personales:** COOSALUD, dando cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013, tendiente a la protección de datos personales, lo invita que conozca la Política de Tratamiento de Información Personal en [www.coosalud.com](http://www.coosalud.com), la cual establece los derechos que le asisten como titular, el procedimiento para ejercerlos, las finalidades para la cual se tratan los datos, entre otros aspectos. Si usted tiene alguna inquietud frente al manejo de la información, envíe un correo electrónico a [notificacioncoosaludeps@coosalud.com](mailto:notificacioncoosaludeps@coosalud.com) y con gusto será atendido.

**De:** Juzgado 06 Penal Municipal Funcion Control Garantias - Santander - Bucaramanga

<j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Enviado:** lunes, 24 de octubre de 2022 11:22 a. m.

**Para:** Notificación Coosalud EPS <notificacioncoosaludeps@coosalud.com>; salud@santander.gov.co <salud@santander.gov.co>; pmf@personeriadefloridablanca.gov.co <pmf@personeriadefloridablanca.gov.co>; eddyjuditharevalo25@hotmail.com <eddyjuditharevalo25@hotmail.com>

**Asunto:** auto de avocamiento acción de tutela 2022-00122 y oficios de notificaciones 4554 al 4557

*Comendidamente me permito notificarle que en la fecha este Despacho avocó conocimiento de la solicitud de acción de tutela invocada por la señora Luz Aleida Ramírez Arias, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.095'786.378, como agente oficiosa de su menor hijo Samuel David Santos Ramírez, con registro civil de nacimiento número 1.097'139.333 contra la EPS COOSALUD, por la presunta vulneración a los derechos fundamentales a la salud y vida en condiciones dignas*

*Por otra parte, como quiera que el menor afectado pertenece al régimen subsidiado en salud, se dispone a vincular al presente trámite de tutela como entidad accionada a la secretaria de Salud de Santander quien puede tener interés en las resultas del proceso, o verse comprometida en las decisiones que el Despacho profiera.*

*Adjunto Copia de la solicitud de tutela*

*Cordialmente,*

**GELVER DOMINGO TORRES CASTAÑEDA**  
**Oficial Mayor**

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

-----

**OLEIDER GERARDINO**

**BUCARAMANGA**

**Avenida González Valencia 50-14**

**315-4045338**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS  
SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICAL Y PAGARE  
RESPONSABILIDAD POR EQUIPOS**

ID: 1191

FECHA DE SOLICITUD: 2022-08-22 12:17:25



Entre los suscritos a saber, IPS OXICARE S.A.S., identificada con el NIT 900338671-9, quien para efectos del presente contrato se denominara el PROVEEDOR y el usuario SAMUEL DAVID SANTOS RAMIREZ No. Identificacion 1097139333 MUNICIPIO FLORIDABLANCA DOMICILIO CALL 146A # 43A-45 APARTAMENTO // BARRIO PRADOS DEL SUR// FLORIDABLANCA TELEFONOS 3142448826 / MUN. DE ENTREGA BUCARAMANGA

EGRESO ☒ AMBULATORIO ☐ CONTINUIDAD ☐ RECOLECCION ☐  
RECARGA ☐ MANTENIMIENTO ☐ REINGRESO ☐  
ADULTO ☐ NEONATO ☐ PEDIATRICO ☒

FECHA DE ENTREGA: 22/08/2022 HORA: 4:00 EPS: COOSALUD (SANTANDER) O2: (0) LPM x (0) Horas

TABLA DE SERVICIOS

| TIPO DE EQUIPO | ASIG | REC | MTO | CANT | SERIAL     | TIPO DE EQUIPO | ASIG | REC | MTO | CANT | SERIAL |
|----------------|------|-----|-----|------|------------|----------------|------|-----|-----|------|--------|
| SUCCIONADOR    | X    |     |     | 1    | 2008200013 |                |      |     |     |      |        |

OBSERVACIONES: SE ASIGNA FILTRO HIDROFOBICO 1

**PAGARÉ**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con No: \_\_\_\_\_ exp en \_\_\_\_\_, pagaré incondicionalmente a favor de IPS OXICARE S.A.S., con NIT 900338671-9 y/o OXY EXPRESS con NIT.900317971-3, el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_, la suma de \$ \_\_\_\_\_ como CAPITAL POR EL PRESTAMO DE LOS EQUIPOS DE OXIGENO ASIGNADOS. En el evento de PERDIDA o DAÑO, reconoceré el valor comercial de la fecha efectiva de este pagare y los intereses de mora a la tasa máxima legal permitida a partir del día siguiente a su vencimiento. Se otorga en la ciudad de Bogotá a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

LOS EQUIPOS SON EN MODALIDAD DE PRESTAMO Y DESPUES DE SU USO DEBEN SER REINTEGRADOS A LA EMPRESA IPS OXICARE SAS

**INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO DEL PAGARÉ**

Si con ocasión de los equipos que recibí en comodato o prestamo de uso por parte de IPS OXICARE S.A.S, incurro en 1) falta de entrega oportuna del equipo 2) perdida total, 3) daños en el equipo, o 4) incumplimiento con las obligaciones del artículo 2203 del Código Civil, AUTORIZO expresamente a IPS OXICARE S.A.S., para proceder a diligenciar los espacios en blanco del título así: LA FECHA DE CREACION será la misma del día de diligenciamiento, VENCIMINETO: será la misma de creación, VALOR DEL CAPITAL: Corresponderá al valor comercial del bien perdido, o al valor de los daños parciales, o al valor total de los días de alquiler del(los) equipos en caso de devolución tardía del equipo, según corresponda y conforme al valor dictaminado por IPS OXICARE S.A.S CESIÓN: una vez diligenciado el presente título podrá ser cedido. MERITO EJECUTIVO: Una vez diligenciado será exigible inmediatamente (arts 621, 673, 709 y 711 del C. CO.) y prestará merito ejecutivo conforme al artículo 422 del C.G.P.

NOTA: RECUERDE ACTUALIZAR SU HISTORIA CLINICA DE FORMULACIÓN DE OXIGENO MENSUALMENTE EN ARAS DE GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

PROVEEDOR  
OXICARE S.A.S  
NIT: 900338671-9

USUARIO  
NOMBRE:  
C.C. NO.:



Luz Arzido Ramirez  
CODEUDOR  
NOMBRE: Luz Arzido Ramirez  
C.C. NO.: 1095786378  
3232470985



|                                                                                                         |                                                                        |                                                                            |                                                                |                                                      |                                                                               |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Sede Principal:<br>Calle 25C #99-24 San Jose<br>(Fontibon)<br>85175392-3164197448<br>3168778683-7450190 | Sede Soacha:<br>Calle 30 #6G-43E<br>San Mateo<br>9003152<br>3184344973 | Sede Fusagasuga:<br>Carrera 11 #20-05<br>Balmoral<br>8716176<br>3188556456 | Sede Facativata:<br>Carrera 4 #1-47<br>Chapinero<br>3153279811 | Sede Ubaté:<br>Calle 5 #5-37<br>Centro<br>3165295935 | Sede Tunja:<br>Calle 26 #11-17<br>(Santa Lucia)<br>(038)7453808<br>3185175398 | Sede Yopal:<br>Calle 20 #19A-25<br>Galvan<br>3156125189 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|



NIT 900900122-7  
Av Cra 30#12-33 Bogotá  
Tel: 3512754 2774476

## Registro De Nutrición - Nota Regular

**Paciente:** SAMUEL DAVID SANTOS RAMIREZ  
**Identificación:** RC 1097139333  
**Edad [años]:** 4  
**Responsable:** GERLY TATIANA DURAN  
**Fecha-Hora:** 2022-09-26 07:15

### Antropometría

Paciente Funcional: Si  
Peso: 9 (Kg.)  
Talla: 70 (Cm.)  
C. Brazo: - (Cm.)  
C. Pantorrilla: - (Cm.)  
Altura Pierna: - (Cm.)  
Pliegue Subescapular: - (Mm.)  
Peso Estimado: (Kg.)  
Talla Estimada: (Cm.)  
Cálculo de Gasto Energético  
Total: 790  
IMC: 18.3 (Kg/m<sup>2</sup>) - Clasificación Nutricional: Bajo Peso

### Cálculos de Nutrición Parenteral

Calorías Totales: 718.4(Cal/Kg.) Cal/Kg: 79.8  
Aporte Proteína: 0 Grasas Totales: 0 Gramos de N2: 0  
Aporte de Carbohidratos: 0 Carbohidratos Totales: 0  
Aporte de Lípidos: 0 Grasas Totales de Lípidos: 0  
Volúmen de Aminoácidos: 8.5 % ; 0  
Volúmen de Dextrosa: 10 % ; 0  
Volúmen de Lípidos: 10 % ; 0

### Alimentación Actual

Apetito: Malo  
Ingesta: Lenta  
Deglución: Deficiente

### Anamnesis Alimentaria

Dieta Prescrita: Soporte Nutricional Especializado  
Accesos Nutricionales: Gastrostomía  
Nutrición Parenteral: Periférica  
Control de ingesta: Q040): Malformaciones congénitas del cuerpo calloso //  
(Z990): Dependencia de aspirador //  
(Z736): Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad //  
(Z431): Atención de gastrostomía //  
(R32X): Incontinencia urinaria, no especificada //

(K121): Otras formas de estomatitis //  
(G409): Epilepsia, tipo no especificado //  
(F848): Otros trastornos generalizados del desarrollo //

IDX Pop-operatorio de gastrostomía endoscópica 10-08-22  
- Neumonía aspirativa multilobar tratada ( como antecedentes recurrente )  
- Síndrome de dificultad respiratoria secundario resuelto  
- Epilepsia focal Refractaria estructural secundaria a:  
- Malformación del sistema nervioso central ( Dandy walker, agenesia del cuerpo calloso, agenesia cerebelosa)  
- Estatus convulsivo 25.12.2021  
- Parálisis cerebral infantil: tipo Cuadriparesia espástica GMF V/V + Retraso global del neurodesarrollo  
- Laringomalacia  
- Trastorno de succión deglución, disfagia neurogénica  
- Reflujo duodenogastroico leve  
- Gastropatía no erosiva corporoantral

### Plan de manejo

ciente con diagnósticos médicos anotados, con estado nutricional de Bajo de peso por IMC. Depleción moderada de masa muscular evidenciada en escápula dorsal y pantorrilla. con perdida de peso del 10% en los últimos tres meses.

Masculino de 4 años con secuelas neurológicas secundarias a retraso del neurodesarrollo con alteraciones anatómicas dadas por síndrome de Dandy Walker, agenesia del cuerpo calloso y agenesia cerebelosa, además de epilepsia no sintomática en manejo, sin nuevas crisis , riesgos asociados a mala movilización de secreciones.

### PACIENTE ACTUALMENTE CON MIPRES VIGENTE REALIZADO POR MEDICINA GENERAL

Se le indicó: Pediasure clínico Líquido 220 mL, 5 tomas al día  
Indicado en la fecha: 13 de SEPTIEMBRE del 2022  
Mipres vigente hasta la fecha: 13 de DICIEMBRE del 2022

Para alimentar al usuario: 1. Lave las manos 2. administrar nutrición a 45 grados y dejarlo así mismo 30 minutos después de administrar. 3. preparar el producto nutricional según indicación de la nutricionista. 4. identifica la vía marcada como FOOD (la de la alimentación) y destape la sonda. 5. Cargue la jeringa con 10 ml de agua potable y agrega el agua despacio, antes y después de darle el suplemento (permeabilidad de la sonda con 10 ml). 6. Asistencia a necesidad. 7. Cuidado de piel y ostomía diaria.

### Plan de Egreso

RESTO IGUAL SEGÚN ORDENES MÉDICAS

**GERLY TATIANA DURAN**

*Gerly Tatiana Durán Tarazona*  
Nutricionista - Dietista  
C.C. 1.098.739.777 UIS

*firma digitalizada, el sistema garantiza la seguridad del usuario acerca de la información ingresada con un nombre de usuario y contraseña personal*



## Registro De Evolución Médica

**Paciente:** SAMUEL DAVID SANTOS RAMIREZ  
**Identificación:** RC 1097139333  
**Edad [años]:** 4  
**Responsable:** XIOMARA RUEDA  
**Fecha-Hora:** 2022-10-24 10:07  
**Tiempo de la Nota:** Mañana  
**Fallida?** NO  
**Justificación de Estancia:** SE REALIZA ATENCIÓN MÉDICA, PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE:

- Postoperatorio de gastrostomía endoscópica 10-08-22
- Neumonía aspirativa multilobar tratada ( como antecedentes recurrente )
- Síndrome de dificultad respiratoria secundario resuelto
- Epilepsia focal Refractaria estructural secundaria a:
- Malformación del sistema nervioso central ( Dandy walker, agenesia del cuerpo calloso, agenesia cerebelosa)
- Estatus convulsivo 25.12.2021
- Parálisis cerebral infantil: tipo Cuadriparesia espástica GMF V/V + Retraso global del neurodesarrollo
- Laringomalacia
- Trastorno de succión deglución, disfagia neurogénica
- Reflujo duodenogástrico leve
- Gastropatía no erosiva corporoantral

En compañía de la madre Luz Aleida Ramírez

**Objetivo** PACIENTE QUIEN SE HA MANTENIDO ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, NO CONSULTAS A URGENCIAS NI HOSPITALIZACIÓN, REQUIERE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES DIARIO YA QUE PRESENTA EXPECTORACIÓN. ADEMÁS CONSTIPACIÓN QUE MANEJA CON PEG. GASTROSTOMÍA SANA NORMOPOSICIONADA.

**Subjetivo** REFIERE QUE TERAPIA OCUPACIONAL NO ASISTE A HACER LAS SESIONES. NO FIEBRE, NO DISNEA, NO PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, NO CONVULSIONES.

### Antecedentes (Previamente Ingresados)

1- AGENESIA CEREBELOSA DE CUERPO CALLOSO , 2- SINDROME DE DANDY WALKER , 3- DESNUTRICION PROTEICOALORICA , 4-  
**Personales:** SINDROME CONVULSIVO , 5- INCONTINENCIA FECAL , 6- INCONTINENCIA URINARIA, , NEUMONÍA BRONCOASPIRATIVA AGOSTO 2022

**Quirúrgicos:** Ninguno, , GASTROSTOMÍA

**Toxicológicos:** Ninguno,

**Familiares:** Ninguno,

**Farmacológicos:** ACIDO VALPROICO , LEVETIRACETAM , VIGABATRINA , SALBUTAMOL, BECLOMETASONA,

**Alérgicos:** Ninguno,

**Transfusionales:** Ninguno,

Ginecobstétricos: Ninguno,

Traumáticos: Ninguno,

Perinatales: Ninguno,

**Antecedentes** (Ingresados en la evolución actual)

Personales: -

Quirúrgicos: -

Toxicológicos: -

Familiares: -

Farmacológicos: -

Alérgicos: -

Transfusionales: -

Ginecobstétricos: -

Traumáticos: -

Perinatales: -

**Patológicos** Ninguno

**Soportes**

Ventilatorio Modo: Asistido/Controlado

Parámetros: NORMALES

Oxígeno Sistema: Canula Nasal

LPM: 0.5

**Medicamentos** Otros // REVISADOS EN ANTECEDENTES

**Ostomías** Gastrostomía

Observaciones: NORMOPOSICIONADA.

**Otros** -

**Exámen Físico**

**FAC** (no aplica por edad - menor de 8 años):

**Aspecto General** ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE, HIDRATADO, AFEBRIL.

**Signos Vitales**

TA: 1/1

TAM: 1.0

FC: 150 Lat/min.

Temp: 36 °C

FR: 25

SAT: 93

Peso: 13 Kg.

Talla: 86 Cm.

IMC: 17.6 (Kg/m2).

**Cabeza y Cuello**  
(ORL) NORMOCEFÁLICO, MUCOSA ORAL HÚMEDA.

**Tórax y Pulmonar** RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS Y MOVIMIENTO DE SECRECIONES.

**Cardiovascular** Ritmos Cardíacos: Rítmica

Soplos: No

Observaciones: -

**Abdomen** GASTROSTOMÍA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN.

**Genitourinario** USO DE PAÑAL.

**Extremidades** Pulsos: Presentes

Edemas: No

-

Observaciones: ATROFIA MUSCULAR EN MIEMBROS INFERIORES

**Neurológico** SECUELAS DE PARÁLISIS CEREBRAL.

**Piel y Faneras** Úlceras/Escaras: Ausentes

Cantidad: 0

Observaciones: -

**Escala GLASGOW**

**Apertura Ocular:** Espontánea

**Puntuación:** 13

**Respuesta Verbal:** Confuso**Respuesta Motora:** Localiza Dolor**Observaciones:** -**Escala BARTHEL**

|                                                            |                 |               |
|------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| 1.                                                         | Comer           | Dependiente   |
| 2.                                                         | Lavarse         | Dependiente   |
| 3.                                                         | Vestirse        | Dependiente   |
| 4.                                                         | Arreglarse      | Dependiente   |
| 5.                                                         | Deposiciones    | Incontinencia |
| 6.                                                         | Micción         | Incontinencia |
| 7.                                                         | Usar el retrete | Dependiente   |
| 8.                                                         | Trasladarse     | Dependiente   |
| 9.                                                         | Deambular       | Dependiente   |
| 10.                                                        | Escalones       | Dependiente   |
| <b>Grado Dependencia:</b> 0/100 Dependencia Total Para AVD |                 |               |
| <b>Observaciones:</b>                                      |                 |               |

**Escala NORTON**

|                                                             |                       |                  |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|
| 1.                                                          | Estado Físico General | Mediano          |
| 2.                                                          | Estado Mental         | Confuso          |
| 3.                                                          | Movilidad             | Inmóvil          |
| 4.                                                          | Actividad             | Encamado         |
| 5.                                                          | Incontinencia         | Urinaria y Fecal |
| <b>Riesgo para úlcera por presión:</b> 8/20 Muy Alto Riesgo |                       |                  |
| <b>Observaciones:</b>                                       |                       |                  |

**Escala CRUZ ROJA**

**Grado:** 5 Inmovilidad en cama o sillón, necesita cuidados por cuidador idóneo y/o responsable constantes e incontinencia total (urinaria y fecal).

**Observaciones:** -**Escala BRADEN**

-

**Escala KARNOFSKY**

|                                                                                                                                     |                                               |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1.                                                                                                                                  | <b>Estado Funcional o de Desempeño Físico</b> | Incapacitado. Requiere cuidados especiales |
| 40/100 Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad. |                                               |                                            |
| <b>Observaciones:</b>                                                                                                               |                                               |                                            |

**Escala ECOG**

-

**TAMIZAJE NUTRICIONAL PEDIATRICO**

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.                                                                                                                                                                                                                        | <b>Existe alguna enfermedad subyacente con riesgo de malnutrición?</b> | Si |
| * Anorexia nerviosa. * Quemaduras. * Displasia Broncopulmonar (máx. 2 años de edad). * Enfermedad celiaca. * Fibrosis quística. * Cardiopatía Crónica. * Dismadurez, premadurez (corregida a los 6 meses) * Pancreatitis. |                                                                        |    |

|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>* Enfermedad Infecciosa (Sida)</li><li>* Enfermedad Inflamatoria Intestinal</li><li>* Hepatopatía Crónica.</li><li>* Nefropatía Crónica.</li><li>* Síndrome de Intestino Corto.</li><li>* No especificada (clasificada por el médico).</li></ul>                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>* Cáncer.</li><li>* Miopatía.</li><li>* Trauma.</li><li>* Enfermedad metabólica.</li><li>* Discapacidad/Retardo mental.</li></ul> |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                         | <b>El Paciente tiene pobre estado nutricional según la evaluación clínica subjetiva (disminución de la grasa subcutánea y/o la masa muscular y/o por su rostro demacrado)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Si                                                                                                                                                                      |  |
| 3.                                                                                                                                                                                                         | <b>Está presente alguna de las siguientes situaciones?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>* Diarrea excesiva (&gt;5 por día) y/o vomito (&gt;3 veces/día) en los últimos días.</li><li>* Reducción de la ingesta de alimentos durante los últimos días antes de la admisión (no incluye ayuno para un procedimiento electivo o cirugía).</li><li>* Intervención nutricional pre- existente aconsejada sobre la dieta.</li><li>* Incapacidad para consumir adecuadamente debido al dolor.</li></ul> | No                                                                                                                                                                      |  |
| 4.                                                                                                                                                                                                         | <b>Ha presentado pérdida de peso o ningún aumento de peso (lactantes &lt;1 año) en las últimas semanas/meses?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Si                                                                                                                                                                      |  |
| <b>Riesgo Nutricional y necesidad de intervención según puntaje de STRONGkids: 4/5 Riesgo Alto. Interconsulta a Nutrición para un diagnóstico completo, asesoría y seguimiento Nutricional Individual.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |  |
| <b>Observaciones:</b>                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |  |

**MINI-TAMIZAJE ADULTOS**

-

**Escala PAYETTE**

-

**Escala FRAGILIDAD**

-

**Obs de Paraclínicos** NO PRESENTA.**Laboratorios** -

**Interpretación y Análisis (Justificación de la Estancia)** PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD QUIEN CURSA CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS Y REVISADOS PREVIAMENTE CON SECUELAS NEUROLÓGICAS SEVERAS, RETRASO DEL DESARROLLO Y DESNUTRICIÓN PROTEINOCALÓRICA SEVERA QUIEN EN EL ÚLTIMO MES HA PERMANECIDO EN IGUALES CONDICIONES, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE SIN SIGNOS DE SRIS SIN CONSULTAS A URGENCIAS NI HOSPITALIZACIÓN. DADO A SU CONDICIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEVERA POR BARTHEL DE 0/100, SE CONTINUA MANEJO POR PAD, SE ORDENAN MANEJO FARMACOLÓGICO, CAMBIO DE PAÑALES A ETAPA 6 Y TERAPIAS. SE BRINDA RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. FAMILIAR ACATA ÓRDENES MÉDICAS.

**Solicitudes**

-

**Diagnósticos** (Q040): Malformaciones congénitas del cuerpo calloso //  
 (Z990): Dependencia de aspirador //  
 (Z736): Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad //  
 (Z431): Atención de gastrostomía //  
 (R32X): Incontinencia urinaria, no especificada //  
 (K121): Otras formas de estomatitis //  
 (G409): Epilepsia, tipo no especificado //  
 (F848): Otros trastornos generalizados del desarrollo //  
 (E46X): Desnutrición proteico-calórica, no especificada //

**Plan****Meta Terapéutica** Mantenimiento**Soportes**

Ventilatorio

Modo: Asistido/Controlado

Parámetros: NORMALES

Oxígeno

Sistema: Canula Nasal

LPM: 0.5

**Grupo de Soporte**  
**Nutricional(Nurture)**

Tipo: Enteral // POR GASTROSTOMÍA

**Medicamentos** Crónico // REFERIDOS EN ANTECEDENTES**Rehabilitación** Terapia de Fonoaudiología Cant:20 // 5 POR SEMANA POR 1 MES**(Reinstate)** Terapia Física Cant:12 // 3 VECES POR SEMANA #12 AL MES

Terapia Respiratoria Cant:60 // 1 CADA 12 HORAS

**Especialidades /**  
**Programas** -**Recomendaciones y** Plan de manejo:**Signos de Alarma**

1. Visita médica mensual por alta carga de morbilidad.
2. pendiente servicio de enfermería 12 horas de domingo a domingo.
3. Terapia de fonoaudiología # 20 sesiones al mes y planes caseros.
4. Terapia física # 12 sesiones y planes caseros.
5. Terapia respiratoria 2 sesiones al día #60 al mes.
6. Insumo de gastrostomía vigente por 3 meses.
7. Pendiente valoración por nutrición.
8. Pendiente valoración por trabajo social.
9. Insumos para equipo de oxígeno domiciliario: oxígeno por cánula nasal a 1 de uso permanente, concentrador de oxígeno - bala de transporte - bala de soporte aspirador de secreciones para uso a necesidad # 1 por tres meses.
10. Tiene mipres de pediasure clinical 220 ml tomar 6 veces al día por 3 meses. Vigente hasta diciembre de 2022.
11. Se realiza Mipres de pañales etapa 6, 4 al día #120 al mes por 3 meses #360 pañales.
12. Insumos para manejo de enfermería - terapia.
13. Pendiente control gastroenterología pediátrico.
14. Fórmula de medicamentos por 3 meses.
  - Acetaminofen 150 mg/5 ml dar 6.5 cc cada 8 horas según necesidad frasco 60 ml #3 frascos por mes por 3 meses #9 frascos.
  - Hidrocortisona crema al 1% tubo de 15 gr aplicar 2 veces al día en áreas afectadas #2 tubos por mes por 3 meses #6.
  - Ácido valproico 2.5 cm cada 8 horas.
  - Nistatina crema tópica.
  - Levetiracetam 4 cc cada 12 horas.
  - Vigabatrim 500 mg 1 tableta cada 8 horas.
  - Berodual para nebulizar.
15. Sonda de succión #12 para aspiración de secreciones bronquiales #1.
16. Sonda de succión #10 para aspiración de secreciones nasales #1.

Se dan signos de alarma y recomendaciones generales de manejo.

**Información MIPRES** MIPRES DE PAÑALES # 20221024122034389872**XIOMARA RUEDA**



**XIOMARA RUEDA SANTOS**  
MEDICO  
CC: 63.555.084  
RM: 15614

*firma digitalizada, el sistema garantiza la seguridad del usuario acerca de la información ingresada con un nombre de usuario y contraseña personal*

Impresión hecha por weimer jose marquez el 10/25/2022 4:05:23 PM