

**Rad: 2022-685 contestación de demanda CON EXCEPCION DE MERITO y solicitud amparo de pobreza**

Jessyca Fernanda Arciniegas Santos <jarciniegas@sdmujer.gov.co>

Mié 8/03/2023 8:11 AM

Para: Juzgado 30 Familia - Bogotá - Bogotá D.C. <flia30bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: maoduque29@gmail.com <maoduque29@gmail.com>; luz leidy cardenas avila <CARDE\_N@HOTMAIL.ES>; Olga Lucia Muñoz Machado <olgaluci0016@gmail.com>

Bogotá. D.C. 08 de marzo de 2023.

**Respetada:**

**JUEZ 30 DE FAMILIA BOGOTÁ D. C.**

**E. S. D.**

**ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA DE DIVORCIO**

**REF. PROCESO: DIVORCIO**

**RADICACIÓN: 2022- 685**

**DEMANDANTE: MAURICIO DUQUE CASALLAS**

**DEMANDADO: OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO**

**JESSYCA FERNANDA ARCINIEGAS SANTOS**, abogada contratista adscrita a la estrategia de litigio de género de la Secretaría Distrital de la Mujer, identificada con cédula no. 1098666266 de Bucaramanga, y Tarjeta Profesional No. 225856 del C.S de la Judicatura, en ejercicio del mandato judicial conferido mediante poder de representación por la señora **OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO** en calidad de demandada en este proceso, me permito allegar a su despacho CONTESTACIÓN DE DEMANDA DE DIVORCIO, encontrándome dentro del término procesal indicado en el auto que admite la demanda, así:

1. Contestación de la demanda CON EXCEPCION DE MERITO en folios 4 folios en formato pdf.
  2. Pruebas de contestación de demanda en 49 folios en formato pdf.
  3. Anexos con poder de representación a 5 folios
  4. Memorial solicitud amparo de pobreza suscrito por la demandada en 12 folios en formato pdf.
- Total adjuntos: 70 folios

Finalmente informar al despacho que copio de manera simultánea al envío del presente memorial a la parte activa de la demanda a sus correos electrónicos:

- Demandante **Mauricio Duque Casallas** : maoduque29@gmail.com
- Apoderada judicial **Dra. Luz Leidy Cardenas Ávila**: carde\_n@hotmail.es

A efectos del traslado de la excepción de mérito propuesta en la contestación de la demanda artículo 09 la Ley 2213 de 2022, en fiel cumplimiento al artículo 3 de la mencionada norma.

**Cordialmente,**



SECRETARÍA DE  
**LA MUJER**

**Jessica Fernanda Arciniegas Santos**

**Contratista abogada estrategia de litigio de género**

**Subsecretaría de fortalecimiento de capacidades y oportunidades**

**jarciniegas@sdmujer.gov.co**

**Av. Calle 26 # 69-76 - Torre 1 - piso 9**

**Celular: 302 451 36 71 - 311 290 32 02**

**www.sdmujer.gov.co**

---

"La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad de destino. Está estrictamente prohibida su utilización, copia, descarga, distribución, modificación y/o reproducción total o parcial, sin el permiso expreso de la Alcaldía Mayor de Bogotá, pues su contenido puede ser de carácter confidencial y/o contener material privilegiado. Si usted recibió esta información por error, por favor contacte en forma inmediata a quien la envió y borre este material de su computador. La Alcaldía Mayor de Bogotá no es responsable por la información contenida en esta comunicación, el directo responsable es quien la firma o el autor de la misma."

Bogotá. D.C. 08 de marzo de 2023.

**Respetada:**  
**JUEZ 30 DE FAMILIA BOGOTÁ D. C.**  
**E. S. D.**

**ASUNTO:** CONTESTACIÓN DE DEMANDA DE DIVORCIO  
**REF. PROCESO:** DIVORCIO  
**RADICACIÓN:** 2022- 685  
**DEMANDANTE:** MAURICIO DUQUE CASALLAS  
**DEMANDADO:** OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO

**JESSYCA FERNANDA ARCINIEGAS SANTOS**, abogada contratista adscrita a la estrategia de litigio de género de la Secretaría Distrital de la Mujer, identificada con cédula no. 1098666266 de Bucaramanga, y Tarjeta Profesional No. 225856 del C.S de la Judicatura, en ejercicio del mandato judicial conferido mediante poder de representación por la señora **OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO** en calidad de demandada en este proceso, me permito allegar a su despacho CONTESTACIÓN DE DEMANDA DE DIVORCIO, encontrándome dentro del término procesal indicado en el auto que admite la demanda, así:

1. Contestación de la demanda CON EXCEPCION DE MERITO en folios 4 folios en formato pdf.
2. Pruebas de contestación de demanda en 49 folios en formato pdf.
3. Anexos con poder de representación a 5 folios
4. Memorial solicitud amparo de pobreza suscrito por la demandada en 12 folios en formato pdf.

Total adjuntos: 70 folios

Finalmente informar al despacho que copio de manera simultánea al envío del presente memorial a la parte activa de la demanda a sus correos electrónicos:

- Demandante **Mauricio Duque Casallas** : [maoduque29@gmail.com](mailto:maoduque29@gmail.com)
- Apoderada judicial **Dra. Luz Leidy Cardenas Ávila**: [carde\\_n@hotmail.es](mailto:carde_n@hotmail.es)

A efectos del traslado de la excepción de mérito propuesta en la contestación de la demanda artículo 09 la Ley 2213 de 2022, en fiel cumplimiento al artículo 3 de la mencionada norma.

Cordialmente,



**JESSYCA FERNANDA ARCINIEGAS SANTOS**

**Apoderada de la parte demandada.**

**ABOGADA ESTRATEGIA DE LITIGIO SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER**

Correo: [jarciniegas@sdmujer.gov.co](mailto:jarciniegas@sdmujer.gov.co)

Celular: 302 4513671

Dirección notificación: Av. El Dorado calle 26 No 69-76 Torre elemento.

Edificio Elemento Av el Dorado, Calle 26 Nº 69-76

Torre 1 (Aire) Piso 9

PBX: 3169001

[www.sdmujer.gov.co](http://www.sdmujer.gov.co)

Presente su Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia al correo electrónico:  
[servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co](mailto:servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co)



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

**Respetada:**

**JUEZ 30 DE FAMILIA BOGOTÁ D. C.**

**E. S. D.**

**ASUNTO:** CONTESTACIÓN DE DEMANDA DE DIVORCIO

**REF. PROCESO:** DIVORCIO

**RADICACIÓN:** 2022- 685

**DEMANDANTE:** MAURICIO DUQUE CASALLAS

**DEMANDADO:** OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO

**JESSYCA FERNANDA ARCINIEGAS SANTOS**, abogada contratista adscrita a la estrategia de litigio de género de la Secretaría Distrital de la Mujer, identificada con cédula no. 1098666266 de Bucaramanga, y Tarjeta Profesional No. 225856 del C.S de la Judicatura, en ejercicio del mandato judicial conferido mediante poder de representación por la señora **OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO** en calidad de demandada en este proceso, me permito allegar a su despacho CONTESTACIÓN DE DEMANDA DE DIVORCIO, encontrándome dentro del término procesal indicado en el auto que admite la demanda, así:

### **1. A LOS HECHOS<sup>1</sup>**

**Primero:** Cierto

**Segundo:** Parcialmente Cierto, debido a que las partes convivieron desde el año 1997 por siete (7) años, hasta el año 2004 donde contrajeron matrimonio Civil.

**Tercero:** Parcialmente cierto. El señor Mauricio Duque no cumple a cabalidad con la cuota alimentaria fijada en el acta de conciliación No. 8125-09 de fecha 9 de junio de 2009.

**Cuarta:** No es cierto. En el mes de diciembre de 2009 las partes junto con sus tres hijos se mudaron a Pitalito-Huila hasta el día 18 de noviembre de 2011, siendo esta última, la fecha de separación definitiva de las partes. Manifiesta mi poderdante que esta separación producto de la violencia intrafamiliar que vivió con el demandado, incluso estando en Pitalito-Huila.

**Quinta:** Cierto

**Sexta:** Cierto

**Séptima:** No es Cierto, el Sr. Duque nunca ha citado a mi representada a conciliaciones notariales o extraprocesales para efectuar de mutuo acuerdo el divorcio. En las conversaciones informales que han sostenido las partes, mi representada ha manifestado su interés en efectuar el trámite divorcio.

### **2. A LAS PRETENSIONES**

<sup>1</sup> Los hechos aquí indicados fueron proporcionados por la Sra. OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO a la secretaria Distrital de la mujer verbalmente en reuniones, por escrito y a través de sustento documental y no corresponden a manifestaciones a título personal realizadas por la abogada.

Edificio Elemento Av el Dorado, Calle 26 N° 69-76

Torre 1 (Aire) Piso 9

PBX: 3169001

[www.sdmujer.gov.co](http://www.sdmujer.gov.co)

Presente su Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia al correo electrónico:

[servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co](mailto:servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co)



**PRIMERA:**No me opongo, que se decrete

**SEGUNDA:**No me opongo, que se decrete

**TERCERA:**No me opongo, que se decrete.

**CUARTA:**No me opongo, que se decrete.

**QUINTA:**En el texto de la demanda NO hay mención a esta pretensión.

**SEXTA:** Me opongo, toda vez que mi representada no se encuentra inmersa en alguna causal contenida en el artículo 154 del código civil que pudiera dar origen al presente trámite procesal.

### **3. PRUEBAS**

#### **Documentales:**

1. Se tenga como prueba
2. Se tenga como prueba
3. Se tenga como prueba
4. Se tenga como prueba

#### **Testimoniales:**

No me opongo. Se decreten los testimonios de las señoras: **JANETH DUQUE CASALLAS E INGRID TATIANA SILVA PAEZ**, a quienes efectuaré el correspondiente contrainterrogatorio establecido en el artículo 221 de nuestro C.G.P.

### **4. EXCEPCIONES DE MÉRITO**

Para que al fallar de fondo se tengan en cuenta, se formulan las siguientes,

#### **PRIMERA: CULPABILIDAD DEL DEMANDANTE**

Se sustenta en el hecho de qué a contrario de lo afirmado por el demandante, el Sr. DUQUE CASALLAS como se demostrará a través de este medio exceptivo y la demanda de reconvenición, incumplió varios de los deberes del matrimonio y se ha venido sustrayendo a sus deberes como esposo para con mi representada según afirma esta, así como con sus hijos, ya que debido a sus actos de falta de apoyo, socorro, ayuda mutua y respeto, así como el continuum de violencia intrafamiliar que debió soportar mi representada durante su matrimonio proveniente de su esposo quien ejecutó estos actos en presencia de sus tres hijos, que según lo determinado por la norma sustancial, esto es, el art. 156 del C. Civil, que en su texto literal preceptúa:

*“Art. 156. El divorcio sólo podrá ser demandado por el cónyuge que no haya dado lugar a los hechos que lo motivan y dentro del término de un año, contado desde cuando tuvo conocimiento de ellos respecto de las causales 1a. y 7a. o desde cuando se sucedieron, respecto a las causales 2a., 3a., 4a. y 5a.”*

Así mismo, mi poderdante manifiesta haber sido víctima de violencia intrafamiliar asociada a la violencia basada en género con comentarios en toda su relación tendientes a menoscavar autoestima de la demandada, su salud mental y emocional y su dignidad como mujer, estos comportamientos todos constitutivos de violencia de acuerdo al artículo tercero de la ley 1257 de 2008, comportamiento que indica la Sra. Olga Lucia Muñoz se presentaron toda la vida en común y de manera constante aun manteniéndose durante el trámite de la presente demanda, y evidentes a la falta de información clara precisa y oportuna al despacho de manifestar la verdad real y judicial de la relación matrimonial en especial de la sustracción del demandante a los deberes que como esposo y padre estaba

Edificio Elemento Av el Dorado, Calle 26 N° 69-76

Torre 1 (Aire) Piso 9

PBX: 3169001

[www.sdmujer.gov.co](http://www.sdmujer.gov.co)

Presente su Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia al correo electrónico:  
[servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co](mailto:servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co)



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

llamado a observar de acuerdo a la fe cristiana que las partes profesan y de acuerdo a los fines del matrimonio indicados en el artículo 113 y de las obligaciones llamadas a observarse de acuerdo al artículo 176 de nuestro código civil entre ellos a socorrerse y ayudarse mutuamente, en todas las circunstancias de la vida.

En el caso presente, AL OBSERVAR CONDUCTAS que se adecuan en las causales 2 y 3 del artículo 154 de Código civil provenientes del demandante principal, se puede indicar que el único responsable del quebrantamiento de la unidad familiar fue el propio demandante, luego, no puede utilizar su propia culpa para obtener provecho.

## **5. MEDIOS DE PRUEBA:**

### **5.1 TESTIMONIAL:**

Solicito Sra. Juez señalar fecha y hora para que las personas que a continuación se relacionan, todos mayores de edad y domiciliados en Bogotá D.C., rindan testimonio sobre los hechos de la demanda y la presente contestación:

1. Sandra Milena Lame Carbonel C.C 36.287.635 (Pitalito) a quien podrá citar a su correo electrónico [Sandralamecarbonel@gmail.com](mailto:Sandralamecarbonel@gmail.com) o, Sra. Juez a través de mi representada o a través de la suscrita. Sin parentesco con la demandada.
2. Juan Carlos Torres C.C 12.240.632 (Pitalito) Tel: 311 564 4202 a quien podrá citar a su correo electrónico [Sandralamecarbonel@gmail.com](mailto:Sandralamecarbonel@gmail.com) o, Sra. Juez a través de mi representada o a través de la suscrita. Sin parentesco con la demandada.

Los Sres Sandra Lame Carbonel y Juan Carlos Torres prestarán testimonio frente a los hechos de la demanda y su contestación, toda vez que fueron las personas que recibieron en su hogar a mi representada y sus hijos cuando el demandado la corrió de la casa familiar en donde convivían en Pitalito – Huila. Sin parentesco con la demandada.

3. Judith Martínez Calle Tel: 321 460 4234 C.C 36.281.233 (Pitalito-Huila)  
Correo: [Judithmartinezcalles@gmail.com](mailto:Judithmartinezcalles@gmail.com). Sin parentesco con la demandada.

Testigo de maltrato verbal y físico de Mauricio Duque a la demandada, cuando este golpeo a mi representada en frente de la empresa en la que la demandada laboraba en Pitalito-Huila.

4. Andrés Duque Muñoz C.C 1.024.602.815 Cel 304 212 2678  
Correo [arq.andresdm@gmail.com](mailto:arq.andresdm@gmail.com). Hijo de las partes.

### **5.2 INTERROGATORIO DE PARTE:**

- Solicito señora Juez se sirva realizar interrogatorio a la señora **OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO** a través de cuestionario que allegare a su despacho en su momento.
- Solicito señora juez se cite al señor **MAURICIO DUQUE CASALLAS** que absuelva interrogatorio de parte o a través de cuestionario que allegare a su despacho en su momento.

### **5.3 DOCUMENTAL**

Edificio Elemento Av el Dorado, Calle 26 N° 69-76

Torre 1 (Aire) Piso 9

PBX: 3169001

[www.sdmujer.gov.co](http://www.sdmujer.gov.co)

Presente su Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia al correo electrónico:  
[servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co](mailto:servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co)



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

1. A 48 folios copia de la historia clínica de la demandada: Sra. **OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO** de fecha 09 de febrero de 2009 por el Hospital Vista Hermosa ESE I nivel, cuyo diagnóstico de tratamiento por trastorno depresivo depresión y donde reposan las atenciones psiquiátricas. En la página 10 se lee textualmente:

*“paciente con problemas con su esposo el la maltrata verbalmente”*

| DIA | MES | AÑO | SERVICIO | EXAMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|-----|-----|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05  | 02  | 09  | 1530     | <p><b>Ex:</b> 1) Trastorno Depresivo Mayor Moderado<br/>                 2) Problemas emocionales y sintomáticos<br/>                 Paciente con problemas con su esposo<br/>                 el la maltrata verbalmente, auto ora buen<br/>                 esposo y esposo a preocuparse. Llena angustia<br/>                 inquietud, llanto fácil, anhedonia, hipos<br/>                 bulia, ideas de culpa y auto reproches, no<br/>                 actitudes alucinatorias, ideas obsesivas, no<br/>                 ideas de muerte, ideación suicida activa,<br/>                 sin actitudes alucinatorias, insomnio de multraci<br/>                 juicio comprometido, afecto de tono ansioso, labilidad<br/>                 emocional, anhedonia.<br/>                 Se decide: 1) Hospitalizar en USM<br/>                 2) ver otros medios</p> |

2. Copia de remisión por parte de la Institución Educativa Distrital Venecia a cita por PSICOLOGIA FAMILIAR a favor de la adolescente LISETH TATIANA DUQUE MUÑOZ de fecha 16 de junio 2022 a fin de probar la afectación emocional sufrida por la hija de las partes por el abandono del que fue víctima por parte de su progenitor. 1 folio

## 6. ANEXOS

1. Los mencionados en el acápite de pruebas a 49 folios
2. Poder para actuar, otorgado de acuerdo al art. 5 Ley 2213 de 2022. 2 folios
3. Certificado vigencia tarjeta profesional apoderada parte demandada. 1 folio
4. Copia digital tarjeta profesional apoderada parte demandada. 1 folio

Total: 53 folios en formato pdf.

## 7. NOTIFICACIONES

Al DEMANDADO: En los generales de ley que obran en el expediente.

A LA DEMANDADA:

Correo electrónico [olgaluci0016@gmail.com](mailto:olgaluci0016@gmail.com),

Teléfono: 3118248350 y

Dirección: TV 73Dbis #68a-30 sur

A LA SUSCRITA:

En la dirección de correo electrónico: [jarciniegas@sdmujer.gov.co](mailto:jarciniegas@sdmujer.gov.co)

Celular: 302 4513671

Dirección notificación: Av. El Dorado calle 26 No 69-76 Torre elemento.

Cordialmente,

  
**JESSYCA FERNANDA ARCINIEGAS SANTOS**

CC No 1.098.666.266 de Bucaramanga – S/der

TP No 225856 C.S. de la Judicatura.

ABOGADA ESTRATEGIA DE LITIGIO SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER

APODERADA PARTE DEMANDANTE

Edificio Elemento Av el Dorado, Calle 26 No 69-76

Torre 1 (Aire) Piso 9

PBX: 3169001

[www.sdmujer.gov.co](http://www.sdmujer.gov.co)

Presente su Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia al correo electrónico:

[servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co](mailto:servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co)



Bogotá, marzo 08 de 2023

**Doctora:**

**Dra. VIVIANA MARCELA PORRAS PORRAS**

Juez 30 de Familia de Bogotá D.C

**Asunto:** SOLICITUD AMPARO DE POBREZA  
**Radicado:** 2022- 685  
**Proceso:** DIVORCIO  
**Demandante:** MAURICIO DUQUE CASALLAS  
**Demandado:** OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO

Cordial saludo, Honorable Sra. Juez:

**OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.965.386 en mi calidad de demandante en el proceso 11001-31- 100-30-2022-00685-00 que se adelanta en su despacho, de la manera más atenta me remito a Ud. con objeto de solicitar me sea otorgado amparo de pobreza, el cual me permito presentar en este escrito bajo la gravedad de juramento

Así mismo, en esta misma comunicación, me permito manifestar que, la abogada por medio de la cual he respondido esta demanda es una abogada que presta sus servicios jurídicos de representación de manera gratuita asignada por la Secretaría Distrital de La Mujer de la Alcaldía de Bogotá.

De acuerdo a lo anterior, manifestar a su despacho que soy una mujer cabeza de familia, sobreviviente de cáncer, no cuento con vinculación en el mercado laboral formal siendo mi labor principal las labores de cuidado no remuneradas de mis hijos y mi vivienda, fui beneficiaria del bono del programa de Alimentación integral de la Alcaldía distrital de Bogotá hasta diciembre de 2022, y eventualmente genero ingresos en labores de confección por encargo, por lo tanto, no tengo capacidad de atender los gastos del proceso sin afectar mi propia subsistencia.

**Esta manifestación bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la presentación de este escrito.**

#### PRUEBAS

1. Copia de acta de compromiso suscrita con la Secretaría Distrital de la Mujer para iniciar la representación de este proceso, la cual es gratuita. 2 folios
2. Comprobantes de consignación de bono por parte del programa de Alimentación integral 3 folios
3. Copia Historia clínica a 5 folios.

Agradezco cordialmente,



**OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO,**

Cédula de ciudadanía No. 51.965.386 de Bogotá D.C

Celular: 311 8248350

|                                                                                                                                                                              |                                                      |                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br><small>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</small> | <b>SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER</b>              | ASJ-FO-03                                                  |
|                                                                                                                                                                              | <b>ATENCIÓN SOCIOJURIDICA A MUJERES DEL DISTRITO</b> | Versión: 01                                                |
|                                                                                                                                                                              | <b>ACTA DE COMPROMISO</b>                            | Fecha de Emisión: 26 de diciembre de 2018<br>Página 1 de 3 |

## ASESORÍA, ACOMPAÑAMIENTO Y/O REPRESENTACIÓN EN CASOS DE VIOLENCIAS CONTRA LAS MUJERES – ESTRATEGIA DE JUSTICIA DE GÉNERO

El propósito de esta acta de compromiso es proveer a las ciudadanas una explicación clara de los alcances del servicio de asistencia técnica especializada y gratuita ofrecido por la Secretaría Distrital de la Mujer, mediante la atención socio jurídica, y de su rol como partícipe de estos servicios. Lo que permitirá a las ciudadanas tomar decisiones informadas, recibir orientación sobre las consecuencias de las acciones que emprendan y los resultados reales que se pueden lograr.

Con la finalidad de hacer claridad sobre las exceptivas y la respuesta institucional a continuación, se presentan los alcances de la atención y los compromisos adquiridos entre la ciudadana y la profesional del derecho que asume su caso:

1. LA/EL ABOGADA/O de manera independiente, bajo las directrices de la Secretaría Distrital de la Mujer – Alcaldía Mayor de Bogotá, prestará los servicios de asesoría, acompañamiento y/o representación legal especializada, en lo que corresponde únicamente a los derechos de las mujeres, género y diferencial, bajo el postulado supraconstitucional de un derecho de las mujeres a una vida libre de violencias y sin discriminación.
2. En razón a que el servicio prestado por LA/EL ABOGADA/O es remunerado por la Secretaría Distrital de la Mujer, con quien tiene un vínculo contractual, por ningún motivo o circunstancia, se cobrará a LA /EL CIUDADANA/O el servicio prestado por la profesional.
3. LA/EL ABOGADA/O se compromete a lo siguiente: a) Representar judicialmente con diligencia y responsabilidad en los asuntos a ella encomendados por LA/EL CIUDADANA/O; b) procurar que la gestión encomendada se encamine al beneficio efectivo de LA/EL CIUDADANA/O, siempre y cuando proceda probatoriamente, en consideración a que su función es de medio y no de resultado; c) participar en todas y cada una de las diligencias y audiencias a que dé lugar la reclamación de sus derechos; d) interponer o ejercer todos los medios o mecanismos de defensa procedentes e impugnar las decisiones que eventualmente, afecten los intereses de LA CIUDADANA, cuando a ello haya lugar; e) resolver las consultas con la mayor celeridad posible; f) realizar los informes a LA/EL CIUDADANA/O del acompañamiento y/o la representación judicial asumida y los demás que se acuerden; g) informar a la ciudadana de las acciones que se adelanten en relación con su caso y explicar el estado jurídico procesal del mismo; h) mantener estricta reserva frente a los datos personales de LA/EL CIUDADANA/O; i) establecer comunicación y brindar información del proceso solamente con la persona que otorgue el poder; en caso de ser varios los poderdantes, el contacto se realizará solo con uno de ellos, previo acuerdo con las o los mismos; j) respetar siempre el marco constitucional y legal particularmente, la Ley 1123 de 2007 o Código Disciplinario del Abogado y, en todos los casos, mantener la reserva a la que están sometidas las actuaciones jurídicas procesales según el ordenamiento jurídico colombiano; k) obrar siempre con lealtad frente a LA/EL CIUDADANA/O que recibe el servicio de asistencia técnica especializada; l) solicitar a nombre de la ciudadana el amparo de pobreza, en caso de que no cuente con los medios económicos para sufragar los gastos del proceso; m) una vez termine el vínculo contractual entre la Secretaría Distrital de la Mujer y LA/EL ABOGADA/O, esta/e deberá presentar renuncia al poder o los poderes otorgados para la representación judicial del caso o los casos que le fueron asignados, dando estricto cumplimiento a lo previsto en el artículo 76 del Código General del Proceso, en garantía de los derechos de su representada/o.
4. LA/EL CIUDADANA/O se compromete a lo siguiente: a) Narrar o presentar por escrito, de ser posible con firma reconocida ante notario, los hechos o las oposiciones a los mismos de manera veraz; b) suministrar de manera oportuna, todos los documentos y pruebas documentales o testimoniales que tenga en su poder y que soporten su relato, dado que conforme a la nueva legislación procesal, la falta de veracidad en las pretensiones o excepciones de la demanda, pueden generar temeridad, la cual tiene sanciones de ley tanto para LA/EL ABOGADA/O como para la parte; una vez solicitadas los elementos que servirán de pruebas y

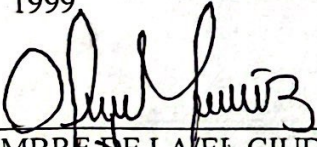
|                                                                                                                                                           |                                               |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER | SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER              | ASJ-FO-03                                                  |
|                                                                                                                                                           | ATENCIÓN SOCIOJURIDICA A MUJERES DEL DISTRITO | Versión: 01                                                |
|                                                                                                                                                           | ACTA DE COMPROMISO                            | Fecha de Emisión: 26 de diciembre de 2018<br>Página 2 de 3 |

los datos de contacto de los testigos, LA/EL CIUDADANA/O tiene un plazo de entrega de máximo, 60 días calendario o el tiempo que fije la autoridad que conozca del respectivo proceso; pasado este tiempo y si la ciudadana no ha efectuado la entrega correspondiente, se entenderá que desiste de la representación judicial solicitada a la Secretaría Distrital de la Mujer; c) asumir los gastos relacionados con pagos de notificaciones, emplazamientos, curador *Ad litem*, peritos, registro de la sentencia, beneficencia y los notariales si fuere necesario protocolizar la partición o cualquier otro gasto requerido para la adecuada gestión del asunto en el que se le representa; d) suministrar datos de contacto, con el ánimo de mantener una comunicación fluida y actualizarlos en caso de que estos cambien por cualquier circunstancia; en caso de que LA/EL ABOGADA/O no logre comunicarse con la ciudadana a través de los datos de contacto suministrados por LA/EL CIUDADANA/O, pasados 180 días calendario de incomunicación por parte de LA/EL CIUDADANA/O, se entenderá que LA/EL CIUDADANA/O desiste de la representación judicial solicitada a la Secretaría Distrital de la Mujer, por lo que se dará por terminada la representación judicial; y en caso de haber conferido poder, LA/EL ABOGADA/O queda facultada/o para presentar la renuncia al poder conferido ante la autoridad competente; e) manifestar bajo la gravedad de juramento que, a la fecha de la firma del presente documento, no ha otorgado poder a otra/o abogada/o para que inicie y lleve hasta su culminación los trámites administrativos y/o judiciales y/o extrajudiciales de reclamación de sus derechos; f) asistir a acompañamiento psicosocial cuando sea requerido a través de los servicios institucionales de la Línea Púrpura distrital, las psicólogas de las Casas de Igualdad de Oportunidades para la Mujer – CIOM o duplas de atención psicosocial, entre otros; g) brindar el apoyo que se requiera para el adecuado desarrollo del proceso; h) brindar un trato respetuoso, que corresponda a la armonía y buenas maneras con LA/EL ABOGADA/O que asume la representación jurídica, durante todas las etapas procesales, desde el momento de la recepción del caso hasta la finalización del mismo; i) obrar siempre con lealtad frente a LA/EL ABOGADA/O que la/lo representa, frente a la Administración de Justicia y frente a la contraparte, lo que implica, entre otras cosas, que cualquier diferencia o discrepancia de LA/EL CIUDADADANA/O con LA/EL ABOGADA/O deberá ser tramitada con la reserva que amerita cada caso, dentro de las instancias internas de la Secretaría Distrital de la Mujer y con los conductos regulares existentes para tales fines, por lo que cualquier omisión en el agotamiento de dichos conductos regulares se entiende como un acto de deslealtad frente a LA/EL ABOGADA/O y frente a la Secretaría Distrital de la Mujer; j) pagar los gastos procesales derivados del trámite jurídico procesal; k) LA/EL ABOGADA/O citará a la ciudadana cuando lo estime conveniente, en procura de la buena gestión de la representación asignada; se entiende que tres (3) incumplimientos por parte de LA/EL CIUDADANA/O a las citaciones sin justa causa, dan lugar a la terminación de la representación judicial que lleva la Secretaría Distrital de la Mujer, procediendo al cierre del caso por parte de la Entidad; l) LA/EL CIUDADANA/O se compromete a contribuir con el buen desarrollo de la representación judicial, dada la corresponsabilidad que asume en todas y cada una de las actuaciones judiciales en las cuales debe intervenir en forma oportuna; m) en los casos en que LA/EL ABOGADA/O haya terminado su vínculo contractual con la Secretaría Distrital de la Mujer, LA/EL CIUDADADANA/O acepta que finaliza la representación efectuada por dicha/o profesional y en virtud de la renuncia correspondiente al poder, se compromete a facilitar los trámites para la representación de otra/o ABOGADA/O, de acuerdo con lo establecido por los artículos 73 y siguientes del Código General del Proceso; n) LA/EL CIUDADADANA/O autoriza a la Secretaría Distrital de la Mujer a darle el tratamiento correspondiente a sus datos e información personal, dentro de los términos de la Ley 1581 de 2011 o las normas que la modifiquen, complementen, adicionen o reemplacen, en materia del uso de información personal y habeas data.

5. El presente compromiso se entenderá vigente en los siguientes eventos: a) Mientras duran los trámites administrativos y/o judiciales y/o extrajudiciales de exigibilidad de derechos humanos para los que ha sido apoderada/o LA/EL ABOGADA/O; b) mientras permanezca vigente la relación contractual entre LA/EL ABOGADA/O y la Secretaría Distrital de la Mujer; o c) hasta el momento en que se presente cualquier incumplimiento a los compromisos establecidos en el presente documento, por parte de LA/EL CIUDADADANA/O o de LA/EL ABOGADA/O.

|                                                                                                                                                                             |                                                      |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br><small>SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER</small> | <b>SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER</b>              | ASJ-FO-03                                 |
|                                                                                                                                                                             | <b>ATENCIÓN SOCIOJURIDICA A MUJERES DEL DISTRITO</b> | Versión: 01                               |
|                                                                                                                                                                             | <b>ACTA DE COMPROMISO</b>                            | Fecha de Emisión: 26 de diciembre de 2018 |
|                                                                                                                                                                             |                                                      | Página 3 de 3                             |

6. En el caso de revocatoria del poder, la solicitud deberá ser presentada por LA/EL CIUDADADANA/O por escrito ante la abogada. En caso de que la ciudadana no pueda presentarlo por escrito, la abogada redactará la revocatoria de poder y la ciudadana firmará el mismo.
7. En todo caso la Secretaria Distrital de la Mujer se reserva el derecho de dar continuidad a cada caso, cuando se evidencie el incumplimiento de los compromisos por parte de LA/EL CIUDADADANA/O. En el evento de que la decisión de la Secretaría sea la de terminar el acompañamiento socio jurídico y psicosocial y el posterior cierre del caso, las obligaciones de esta entidad cesarán y se prevé la información a la ciudadana del cierre a través de comunicación escrita a través de correo certificado.
8. La decisión de cierre del caso será notificada a la ciudadana por LA/EL ABOGADA/O que tiene a cargo la representación judicial y según los términos establecidos en los artículos 67 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA<sup>1</sup>, en concordancia con el artículo 5 de la Ley 962 de 2005<sup>2</sup>. La decisión debidamente notificada puede ser recurrida por la ciudadana dentro de los 10 días siguientes a su notificación, de conformidad con los términos y requisitos establecidos en el artículo 76 y 77 del CPACA. Una vez transcurrido esté término o resueltos los recursos impetrados, la decisión quedará en firme.
9. LA/EL CIUDADANA/O manifiesta lo siguiente: a) que ha sido informada de manera clara respecto de los alcances y objetivos del proceso de acompañamiento socio-jurídico y psicosocial conducido por la Secretaría Distrital de la Mujer; b) que ha entendido la estrategia a seguir en pro de la defensa de sus derechos, la comprende y manifiesta su consentimiento informado y libre, por lo que está de acuerdo con lo planteado en el presente documento; c) autoriza y otorga poder a la abogada para que lleve a cabo la estrategia planteada; y d) autoriza la notificación por medio electrónico, de conformidad con lo estipulado en el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011 y del artículo 6, inciso 2º, de la Ley 962 de 2005 y la Ley 527 de 1999

  
 NOMBRE DE LA/EL CIUDADANA/O  
 C.C. No. 51.965.368 040

Manifiesto que he presentado esta acta de compromiso a LA/EL CIUDADANA/O.

  
 NOMBRE DE LA/EL ABOGADA/O  
 C.C. No. 1078066266  
 T.P. No. 225 056

Se firma en constancia, el día 14 del mes de Febrero del año 2023.

<sup>1</sup> Ley 1437 de 18 de enero de 2011, Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

<sup>2</sup> En concordancia con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 1437 de 2011, modificado por el artículo 626 de la Ley 1564 de 2012.





85888



miércoles, 21 de sep. • 4:54 p. m.



Hicimos un pago del programa  
#AlimentacionIntegral de Alcaldia  
de Bogota IMG en DaviPlata.  
Retira en cajeros Davivienda,  
PuntoRed, Reval y ConRed

miércoles, 28 de sep. • 5:19 p. m.



Su retiro DaviPlata por \$240,000  
fue exitoso.

jueves, 27 de oct. • 1:37 p. m.



Hicimos un pago del programa  
#AlimentacionIntegral de Alcaldia  
de Bogota IMG en DaviPlata.  
Retira en cajeros Davivienda,  
PuntoRed, Reval y ConRed

viernes, 18 de nov. • 11:49 a. m.



Hicimos un pago del programa  
#AlimentacionIntegral de Alcaldia  
de Bogota IMG en DaviPlata.  
Retira en cajeros Davivienda,  
PuntoRed, Reval y ConRed



Enviar mensaje d...





85888

info Ingrese al App DaviPlata



opcion Necesita Ayuda

martes, 21 de jun. • 1:33 p. m.

Si

El mensaje no se envió; presiona para volver a intentarlo.

Flash Mobile

martes, 28 de jun. • 5:03 p. m.



Hicimos un pago del programa  
#AlimentacionIntegral de Alcaldia  
de Bogota IMG en DaviPlata.  
Retira en cajeros Davivienda,  
PuntoRed, Reval y ConRed



Hicimos un pago del programa  
#AlimentacionIntegral de Alcaldia  
de Bogota IMG en DaviPlata.  
Retira en cajeros Davivienda,  
PuntoRed, Reval y ConRed



## RESUMEN DE ATENCIÓN

Paciente: OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO - Cédula 51965368

Bogotá D.C.

'Apreciado Doctor(a):'

Hemos atendido al (la) paciente OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO de 52 Años identificado(a) con Cédula No. 51965368, el Día 08/08/2022 05:25:50 p.m., en 3 Piso - Sala Cx Gineco 1, remitido para valoración especializada; después de revisar el caso y examinar el (la) paciente se informa lo siguiente:

### Diagnóstico:

1 - TUMOR MALIGNO DEL ENDOMETRIO (C541)

\* Motivo de la consulta:

"VENGO A CIRUGÍA"

\* Enfermedad actual:

PACIENTE DE 51 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE CERVIX ESTADIO CLÍNICO IB1 (2017), TRATADO EN EL INC CON HISTERECTOMIA RADICAL MAS SALPINGUECTOMIA BILATERAL MAS LIFADENECTOMIA PELVICA-PROTOCOLO GANGLIO CENTINELA ULTRACORTO EL DIA 19/05/2017, ADEMÁS CON MAGENES QUE SUGIEREN ADENOPATIA PELVICA IZQUIERDA EN ECOGRAFÍA Y RESONANCIA DE ABDOMEN Y PELVIS QUE REPORTA ADENOPATIA DE CADENA ILIACA EXTERNA IZQUIERDA DE 18 MM POR LO CUAL SE CONSIDERÓ DESCARTAR RECAIDA TUMORAL A NIVEL GANGLIONAR, INGRESA PROGRAMADA PARA RESECCIÓN DE GANGLIO POR VÍA LAPAROSCOPICA.

\* Revisión por Sistemas:

NIEGA

\* Antecedentes:

\* Antecedentes:

ANTECEDENTES:

- PTOLOGICOS:CA CERVIX ESTADIO IB1 - DISLIPIDEMIA

- QUIRURGICAS: HISTERECTOMIA RADICAL MAS SALPINGUECTOMIA BILATERAL MAS LIFADENECTOMIA PELVICA -PROTOCOLO GANGLIO CENTINELA ULTRACORTO EL DIA 19/05/2017 - BX TRUCUT

- ALERGIA: NIEGA

- TOXICOS: NIEGA

- FARMACOLÓGICOS: ATORVASTATINA

- GINECOOBTETRICOS: MENARQUIA 14 AÑOS, MENOPAUSIA HISTERECTOMIA 2017, GSP5V5, FUP: 15 AÑOS, CCV: ENERO 2020

- FAMILIARES: MAMA CA DE CERVIX

### Recomiendo Manejo así:

- Acetaminofen 500mg Tableta

Resp:LUIS ORLANDO PUENTES PUENTES

- Enoxaparina Sodica 40mg/0.4mL (HBPM) Sin Iny Jeringa Prellenada x 0.4mL

Resp: LUIS ORLANDO PUENTES PUENTES

- Hioscina N-butil Bromuro 10mg Tableta

Resp: LUIS ORLANDO PUENTES PUENTES

- Omeprazol 20mg Capsula

Resp: LUIS ORLANDO PUENTES PUENTES

### Subjetivo y Objetivo:

### Concepto y Plan de tratamiento:

NOTA OPERATORIA

### DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:

1. CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE CERVIX ESTADIO CLÍNICO IB1 (2017)

TRATAMIENTO: HISTERECTOMIA RADICAL MAS SALPINGUECTOMIA BILATERAL MAS LIFDENECTOMIA PELVICA -PROTOCOLO GANGLIO CENTINELA ULTRACORTO EL DIA 19/05/2017 (INC)

2. RECAIDA GANGLIONAR ILIACA IZQUIERDA?

### DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO:

1. ADENOCARCINOMA DE ALTO GRADO DE ENDOMETRIO (SEROZO PAPILAR VS ENDOMETRIODE) ESTADIO IIIC2 POR ADENOPATIAS PARAAORTICAS

PROCEDIMIENTO: LINFADENECTOMIA PELVICA MÁS LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS Y OOFORECTOMÍA IZQUIERDA POR LAPAROSCOPIA 08/08/2022

CIRUJANO: DR PUENTES

Hospital Universitario San Ignacio

Cra. 7 No. 40-62 Conmutador 594 61 61 Fax 594 6165 - Solicitud Citas Medicas Contact Center Tel: 390 4874

www.husi.org.co - Cód.Habilitación: 1100109456 - Bogotá, D.C. - notificacionglosas@husi.org.co

Impreso Por LEYDI JOHANNA SEGURA UMAÑA

08/08/2022

07:55:02p.m.

1 de 2



## RESUMEN DE ATENCIÓN

Paciente: OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO - Cédula 51965368

Bogotá D.C.

AYUDANTE: DR C MORANTE

ANESTESIA: GENERAL

ANESTESIOLOGO: DRA OLIVEROS

PARADA DE SEGURIDAD SI

ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO CEFAZOLINA 2 GR

### HALLAZGOS:

AUSENCIA QUIRURGIA DE ÚTERO

ADHERENCIAS DE EPIPLON A PARED ABDOMINAL, CUPULA VAGINAL Y VASOS PELVICOS

RETROPERITONEO FIBROTICO POR ANTECEDENTES QUIRURGICOS

NOSE EVIDENCIAN ADENOPATIAS REALIZANDOSE EXPLORACION DE TODA LA CADENA GANGLIONAR PELVIA DESDE LA BIFURCACION HASTA EL ANILLO INGUINAL

SE IDENTIFICA OVARIO IZQUIERDO AUMENTADO DE TAMAÑO POLIQUISTICO

DEL LADO DERECHO NO SE OBSERVAN ADENOPATIAS, OVARIO DERECHO DE CARACTERISTICAS NORMALES

AUSENCIA QUIRURGICA DE TROMPAS

HIGADO, CUPULAS DIAFRAGMATICAS, ESTOMAGO, INTTESTINO VISUALIZADOS SIN LESIONES

URETERES DE CARACTERISTICAS NORMALES, SIN DILATACIONES

### DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO:

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CATETERISMO VESICAL SE REALIZA COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS. SE REALIZA INCISION DE 1 CM SUPRAFRAUMBILICAL, DISECCION POR PLANOS. POR TÉCNICA ABIERTA SE INGRESA A CAVIDAD ABDOMINAL. SE INTRODUCE TROCAR DE 10 mm, SE CONFIRMA LOCALIZACION DEL MISMO EN CAVIDAD ABDOMINAL. SE INSUFLA CO2 Y SE PRODUCE NEUMOPERITONEO. SE EVIDENCIAN HALLAZGOS DESCRITOS. SE REALIZAN 2 INCISIONES EN FOSA ILIACA Y FLANCO IZQUIERDO DE 5 MM Y OTRA DE 5 MM EN FOSA ILIACA DERECHA, TODOS BAJO VISIÓN DIRECTA. CON ENSEAL SE REALIZA LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS DE EPIPLON A PARED ABDOMINAL. SE REALIZA REVISION DE CAVIDAD ABDOMINAL. SE EVACUA NEUMOPERITONEO, SE REALIZA CIERRE DE FASCIA CON VICRYL 1, CIERRE DE PIEL INTRADERMICA CON CROMADO 1-0.

COMPLICACIONES NO

SANGRADO ESCASO

COMPRESAS COMPLETAS

PATOLOGIA: NINGUNO

### ORDENES MEDICAS

1. TRASLADO A RECUPERACION

2. DIETA BLANDA AL RECUPERARSE DE ANESTESIA.

3. SALIDA

4. ACETAMINIFENO 2 TAB CADA 6 HORAS

5. HIOSCINA 1 TAB CADA 8 HORAS

6. OMEPRAZOL 1 TAB AL DIA

7. ENOXAPARINA 40 MG INICIAR 12 HORA POSQX 8 DIAS

8. CONTROL GINECOLOGIA ONCOLOGICA

DRS PUENTES - C MORANTE

=====

Vo.Bo. por: LUIS ORLANDO PUENTES PUENTES

Fecha: Aug 8 2022 5:38PM

=====

### Y se Solicita:

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA

Lo invitamos a que participe en las actividades de promoción y prevención que ofrece su Entidad Promotora de Salud (EPS)

Cordialmente,

Médico: LUIS ORLANDO PUENTES PUENTES - Ginecologia Oncologica

Reg: 79643223

Hospital Universitario San Ignacio

Cra. 7 No. 40-62 Conmutador 594 61 61 Fax 594 6165 - Solicitud Citas Medicas Contact Center Tel: 390 4874

www.husi.org.co - Cód. Habilitación: 1100109456 - Bogotá, D.C. - notificacionglosas@husi.org.co

Impreso Por LEYDI JOHANNA SEGURA UMAÑA

08/08/2022

07:55:02p.m.

2 de 2



## HOSPITAL SAN IGNACIO INSTRUCCIONES DE EGRESO

Fecha: 08-ago-2022

Nro Historia

Cédula 51965368

Paciente: OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO

Edad: 52 Años - Sexo Femenino - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A \*\* NUEVA  
REGIMEN SUBSIADO GENERALES \*\*

SIGNOS DE INFECCION: <\*> Calor en la herida. <\*> Secreción en la herida. <\*> Enrojecimiento en la herida.

### SIGNOS DE ALERTA:

DOLOR INTENSO, SECRECION DE PUS O SANGRADO EN LAS HERIDAS QUIRURGICAS, FIEBRE,  
APERTURA DE HERIDAS QUIRURGICAS

### ACTIVIDAD FISICA:

NO, FAVORECER DEAMBULACIÓN TEMPRANA

### DIETA:

### RECOMENDACIONES GENERALES:

ACUDIR A URGENCIAS SI PRESENTA SIGNOS DE ALARMA, FAVORECER DEAMBULACIÓN TEMPRANA,  
DIETA NORMAL, ACUDIR A CITA CONTROL

INCAPACIDAD MÉDICA: 1 Día (s). PRÓRROGA: 15 Día(

### DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN:

SE ENTREGAN EPICRISIS, INSTRUCCIONES DE EGRESO, FORMULA MEDICA, CITA CONTROL,  
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Participe en las actividades de promoción y prevención que ofrece su asegurador. Es importante el seguimiento médico, tanto de sus síntomas físicos como emocionales. Cumpla con las indicaciones nutricionales, de actividad física, de toma de medicamentos y esquema de vacunación. Es su deber reclamar los resultados de laboratorio, patología e imágenes diagnósticas, indispensables en su seguimiento.

Firma del (la) paciente o familiar

C.C No.

Firma Médico LUIS ORLANDO PUENTES PUENTE

R.M. No. 79643223



## INCAPACIDAD MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO -NIT: 860015536-1

Fecha: 08-ago-2022

No. Incapacidad 460827

Nombres y Apellidos

OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO

Tipo y N° Documento

Cédula 51965368

Empresa donde Trabaja

Ocupación

Teléfono

Diagnóstico

Código: C541

Origen de la Incapacidad

Enfermedad general

Fecha de Inicio

08/08/2022

Tipo

Hospitalaria - Primera Vez

Días

1 (uno)

Fecha de finalizacion

08/08/2022

Observaciones

POSTOPERATORIO DE LINFADENECTOMIA PELVICA

Lo invitamos a que participe en las actividades de promoción y prevención que ofrece su Entidad Promotora de Salud (EPS)

Firma Médico

LUIS ORLANDO PUENTES PUENTES

Firma Paciente

R.M. No.

79643223

Doc N°:

Cédula 51965368

Cra. 7 No. 40-62 Conmutador 594 61 61 Fax 594 6165 - Solicitud Citas Medicas Contact Center Tel: 390 4874

www.husi.org.co - Cód.Habilitación: 1100109456 - Bogotá, D.C. - notificacionglosas@husi.org.co

Impreso Por

LEYDI JOHANNA SEGURA UMAÑA

08/08/2022

07:55:42p.m.

1 de 1



# INCAPACIDAD MÉDICA (PRÓRROGA)

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO -NIT: 860015536-1

Fecha: 08-ago-2022

No. Incapacidad 460827

No. Prórroga 326883

Nombres y Apellidos

OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO

Tipo y N° Documento

Cédula 51965368

Empresa donde Trabaja

Ocupación

Teléfono

Diagnóstico

Código: C541

Origen de la Incapacidad

Enfermedad general

Fecha de Inicio

09/08/2022

Tipo

Ambulatoria

Días

15 ( quince)

Fecha de finalizacion

23/08/2022

Observaciones

POSTOPERATORIO DE LINFADENECTOMIA PELVICA

Observación de Prórroga:

POSTOPERTORIO LINFADENECTOMIA PELVICA

Lo invitamos a que participe en las actividades de promoción y prevención que ofrece su Entidad Promotora de Salud (EPS)

Firma Médico

LUIS ORLANDO PUENTES PUENTES

Firma Paciente

R.M. No.

79643223

Doc N°: Cédula 51965368

Cra. 7 No. 40-62 Conmutador 594 61 61 Fax 594 6165 - Solicitud Citas Medicas Contact Center Tel: 390 4874

www.husi.org.co - Cód.Habilitación: 1100109456 - Bogotá, D.C. - notificacionglosas@husi.org.co

Impreso Por LEYDI JOHANNA SEGURA UMAÑA

08/08/2022

07:55:48p.m.

1 de 1

Poder de Representacion

Olga Lucia Muñoz Machado <olgaluci0016@gmail.com>

Mar 28/02/2023 12:52

Para: Jessyca Fernanda Arciniegas Santos <jarciniegas@sdmujer.gov.co>

 1 archivos adjuntos (60 KB)  
PODER REPRESENTACIONOLGAMUÑOZ.pdf;

Cordial saludo abogada Jessyca Fernanda Arciniegas Santos, soy OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO y me permito otorgar poder de representación en la DEMANDA de DIVORCIO ante juez 30 de familia del circuito de Bogotá, el cual adjunto debidamente firmado.

\_\_\_\_\_ "La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad de destino. Está estrictamente prohibida su utilización, copia, descarga, distribución, modificación y/o reproducción total o parcial, sin el permiso expreso de la Alcaldía Mayor de Bogotá, pues su contenido puede ser de carácter confidencial y/o contener material privilegiado. Si usted recibió esta información por error, por favor contacte en forma inmediata a quien la envió y borre este material de su computador. La Alcaldía Mayor de Bogotá no es responsable por la información contenida en esta comunicación, el directo responsable es quien la firma o el autor de la misma."

**JUEZ 30 DE FAMILIA BOGOTÁ D. C.**  
**E. S. D.**

**ASUNTO:** PODER.

**REF. PROCESO:** DIVORCIO

RADICACIÓN: 2022- 685

**DEMANDANTE:** MAURICIO DUQUE CASALLAS

**DEMANDADO:** OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO

**OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO**, identificada con cédula de ciudadanía No 51.965.368 domiciliada en Bogotá, dentro del proceso de la referencia manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a la abogada **JESSYCA FERNANDA ARCINIEGAS SANTOS** vinculada como contratista al programa de Justicia de Género de la secretaria Distrital de la Mujer, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con cédula de ciudadanía No. 1.098.666.266 de Bucaramanga, con T.P. No 225.856 del C.S de la Judicatura, para en mi nombre y representación trámite hasta su terminación PROCESO DECLARATIVO DE DIVORCIO donde soy demandada por el señor **MAURICIO DUQUE CASALLAS**.

Mi apoderada tendrá todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente poder, en especial las de transigir, conciliar, sustituir, desistir, renunciar, reasumir, recibir y todas aquellas inherentes para el ejercicio del presente para dar fiel cumplimiento de su gestión, las consagradas en la ley y en los términos del artículo 74 y 77 del Código General del Proceso.

Sírvase señora Juez, reconocerle personería en los términos aquí señalados

Cordialmente,



**OLGA LUCIA MUÑOZ MACHADO,**

CC. 51.965.368

Cel: 311 8248350

E-mail: [olgaluci0016@gmail.com](mailto:olgaluci0016@gmail.com)

De la Señora Juez

Acepto,



**JESSYCA FERNANDA ARCINIEGAS SANTOS**

Abogada Contratista - Litigio de Género

C.C. 1.098.666.266 de Bucaramanga, Stder

T.P. 225.856 de C.S.J

Cel: 3024513671

E-mail: [jarciniegas@sdmujer.gov.co](mailto:jarciniegas@sdmujer.gov.co)

Dirección notificación: Av el dorado calle 26 No 69-76 Torre 1 Piso 9 SDMUJER

Edificio Elemento Av el Dorado, Calle 26 N° 69-76

Torre 1 (Aire) Piso 9

PBX: 3169001

[www.sdmujer.gov.co](http://www.sdmujer.gov.co)

Presente su Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia al correo electrónico:

[servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co](mailto:servicioalaciudadania@sdmujer.gov.co)



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACION DISTRICTAL  
BOGOTA DISTRITO CAPITAL

Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales  
Beneficiarios para Programas Sociales

Carnét No. 93074111 Fecha Expedición: 23/09/2004

|   |    |             |          |        |           |  |
|---|----|-------------|----------|--------|-----------|--|
| 1 | CC | 79772318    | DUCHE    | SANTOS | MAURICIO  |  |
| 2 | CC | 51965368    | MUNOZ    | OLGA   | LUCIA     |  |
| 3 | RC | 93091564717 | MARTINEZ | STEFAN | KATHERINE |  |
| 4 | RC | 9110863613  | MARTINEZ | MUNOZ  | STEFANIE  |  |
| 5 |    |             | DUCHE    | MUNOZ  | MAURICIO  |  |
| 6 |    |             | DUCHE    | MUNOZ  | CAMILA    |  |

Barrio: ISMAEL PERDOMO Localidad: 19 Puntaje: 9.13

HC 28494  
91579600

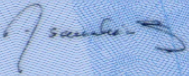
**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**RAMA JUDICIAL**  
**CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA**  
**TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO**

  
CSJ-008060

NOMBRES:  
**JESSYCA FERNANDA**

APellidos:  
**ARCINIEGAS SANTOS**

PRESIDENTE CONSEJO  
SUPERIOR DE LA JUDICATURA  
**PEDRO ALONSO SANABRIA BUITRAGO**



UNIVERSIDAD  
**INDUSTRIAL DE S/TDER**

FECHA DE GRADO  
**18 dic 2012**

CONSEJO SECCIONAL  
**CUNDINAMARCA**

CEDULA  
**1.098.666.266**

FECHA DE EXPEDICION  
**20 feb 2013**

TARJETA N°  
**225856**

**ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO  
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA  
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971  
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.**

**SI ESTÁ TARJETA ES ENCONTRADA, POR  
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR  
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO  
NACIONAL DE ABOGADOS.**



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

## Consejo Superior de la Judicatura

Unidad de Registro Nacional de Abogados y Auxiliares de la Justicia

### EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS Y AUXILIARES DE LA JUSTICIA DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

#### CERTIFICA

Certificado de Vigencia N.: 1048950

Que de conformidad con el Decreto 196 de 1971 y el numeral 20 del artículo 85 de la Ley 270 de 1996, Estatutaria de la Administración de Justicia, le corresponde al Consejo Superior de la Judicatura regular, organizar y llevar el Registro Nacional de Abogados y expedir la correspondiente Tarjeta Profesional, previa verificación de los requisitos señalados por la Ley.

En atención a las citadas disposiciones legales y una vez revisado los registros que contienen nuestra base de datos se constató que el (la) señor(a) **JESSYCA FERNANDA ARCINIEGAS SANTOS**, identificado(a) con la **Cédula de ciudadanía No. 1098666266.**, registra la siguiente información.

#### VIGENCIA

| CALIDAD             | NÚMERO TARJETA | FECHA EXPEDICIÓN | ESTADO  |
|---------------------|----------------|------------------|---------|
| Abogado             | 225856         | 20/02/2013       | Vigente |
| Observaciones:<br>- |                |                  |         |

Se expide la presente certificación, a los **7** días del mes de **marzo** de **2023**.

**ANDRÉS CONRADO PARRA RÍOS**  
Director

Notas 1- Si el número de cédula, los nombres y/o apellidos presentan error, favor dirigirse a la Unidad de Registro Nacional de Abogados y Auxiliares de la Justicia.  
2- El documento se puede verificar en la página de la Rama Judicial [www.ramajudicial.gov.co](http://www.ramajudicial.gov.co) a través del número de certificado y fecha expedición.  
3- Esta certificación informa el estado de vigencia de la Tarjeta Profesional, Licencia Temporal, Juez de Paz y de Reconsideración





SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

RED DE SALUD MENTAL

FORMATO PARA PRESENTACIÓN DE INFORME DE CIERRE DE CASO

INSTITUCIÓN:

VPA Etbella - HVH

MODALIDAD DE ATENCIÓN PRESTADA:

Intervención en Crisis

Nombre del paciente:

Olga Muñoz

Nº Historia Clínica:

28494

Otros miembros de la familia involucrados

Familia

Terapeutas

Eldebrando López  
Gema Castaño

Fecha de inicio de la atención:

20-01-09

Fecha de finalización de la atención:

06-03-09

Diagnóstico de ingreso del paciente:

Trastorno de pánico asociado a trastorno de pareja

Diagnóstico de egreso del paciente:

Depresión mayor

Plan de tratamiento:

Fortalecimiento yóico para lo que fue des-  
parrado periodo de hospitalización y farmaco-  
logía además de su protección psiquiátrica

BOG  
GOBIERNO DE LA CIUDAD

Subgerencia de Servicios de Salud



## Objetivos del plan de tratamiento

Reconstrucción simbólica

Elaboración de duelo

Reposición muscular vital

## Logros del plan de tratamiento

Se observa mayor fortaleza emocional y mejoramiento  
lo cognitivo en la comprensión de su estado, y su  
sentido, aunque no suficiente para su vital

## El caso se cierra por:

### Logro de objetivos del tratamiento

### Acuerdo mutuo entre paciente y terapeuta

### Deserción del paciente

### Otros (especifique cuál)

Deserción en su fase de recuperación  
por intervención en línea

## Recomendaciones

## Firmas del equipo tratante

Idelfonso López P  
Psicólogo Clínico  
T.P. 74457280



**ORDENES MEDICAS**

|                                                                  |                  |          |                      |
|------------------------------------------------------------------|------------------|----------|----------------------|
| Primer Apellido                                                  | Segundo Apellido | Nombre   | No. HISTORIA CLINICA |
| Muñoz                                                            | Machado          | Olga     |                      |
| SEXO                                                             | EDAD             | SERVICIO | No. CAMA             |
| <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | D D M M A A      |          |                      |

**ORDENAMIENTO**

- |                                |                                     |                                               |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 - Vía y tipo de alimentación | 4 - Medicamentos vía oral           | 7 - Medidas generales                         |
| 2 - Líquidos endovenosos       | 5 - Dosificación de O2 si se indica | 8 - Orden de remisión o egreso                |
| 3 - Medicamentos parenterales  | 6 - Solicitud de paraclínicos       | 9 - Firma y sello del profesional de la salud |

| FECHA |     |     | HORA  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|-----|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA   | MES | AÑO |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 26    | 02  | 09  | 15:00 | Paciente solicita certificado de que estuvo hospitalizado y que los medicamentos le impedían trabajar porque la sedaban mucho.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 04    | 03  | 09  | 15:00 | No vino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 04    | 03  | 09  | 15:00 | Paciente vino tarde, por las protestas en el centro. Paciente alerta, orientada globalmente, apeto. Int. caso 9. Mite con labilidad emocional, ansiedad, pensa. meento de curso normal con ideas de preocupa. ción por el futuro: "no afinitó que se acabe mi hogar sin actitudes alucinatorias, juicio conservado, juicio preservado parcial. Actualmente se encuentra sin trabajo. Se recomienda ir a casa por la situación familiar (tiene problemas académicos) |
| 06    | 03  | 09  |       | Psicología: Intervención en Cín 10. La paciente se percibe con aumento de su poder de autocuidado afectiva. Viene acompañada de su hijo. Aunque quiere la atención en origen estado. Manifiesta preocupación porque en su familia se han notado cambios negativos que hacen que se haya dado la entrada de depresión. Intensa y melancolía en sus momentos, lo cual se interviene de forma a objetivos en su evolución.                                             |

85/ Intervención en Cín 2º Gme Subgerencia de Servicios de Salud

BOGOTÁ  
GOBIERNO DE LA CIUDAD

11 de febrero de 2009  
R.M. 457657260



# HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL

30  
31

Empresa Social del Estado

SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
SUBSISTEMA DE INFORMACION

## EPICRISIS

|                                                                       |  |                                                                          |  |                        |  |                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|---------------------------------|--|
| 1er. APELLIDO <u>Muroz</u>                                            |  | 2o. APELLIDO (O DE CASADA) <u>Machado</u>                                |  | NOMBRES <u>Olga</u>    |  | No. HISTORIA CLINICA            |  |
| SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  | EDAD <u>37</u> años <u>0</u> meses <u>0</u> días                         |  | FECHA <u>5/12/09</u>   |  | SERVICIO <u>hospitalización</u> |  |
| DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS                                              |  | INICIACION                                                               |  | FINALIZACION           |  | FECHA                           |  |
| <u>Depresión Mayor</u><br><u>Razon dependiente de Personalidad</u>    |  | <u>hospitalización</u>                                                   |  | <u>hospitalización</u> |  | <u>12-02-09</u>                 |  |
| PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS U OBSTETRICOS                              |  | TRATAMIENTO MEDICO                                                       |  | FECHA                  |  | SERVICIO                        |  |
| <input type="checkbox"/>                                              |  | <input checked="" type="checkbox"/> <u>psicoterapia - farmacoterapia</u> |  |                        |  |                                 |  |

## ORDENAMIENTO

- |                                          |                                                                 |                                                        |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1 - RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO | 4 - COMPLICACIONES                                              | 6 - PRONOSTICO                                         |
| 2 - FECHA Y RESULTADO DE EXAMENES        | 5 - CONDICION DEL PACIENTE                                      | 7 - RECOMENDACIONES                                    |
| AUXILIARES DE DIAGNOSTICO                | A LA FINALIZACION (SEÑALAR INCAPACIDAD FUNCIONAL SI LA HUBIERE) | 8 - NOMBRE, FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE |
| 3 - RESUMEN DE EVOLUCION                 |                                                                 |                                                        |

paciente que existe a consulta programada  
presentar crisis tristes llanto constante,  
ensordecimiento, ideas de muerte y suicidio,  
ansiedad, todo esto asociado a  
problemas y maltrato verbal por  
parte del esposo, se hospitaliza  
se inicia psicoterapia y farmacoterapia  
se toman paracetamol VORL: No reacciona  
presentando Negativa: CH BUN, creatinina y  
glucosa en límites normales, con una  
adecuada evolución de sus crisis de  
la ansiedad, sin ideas de muerte o  
ideaciones suicidas se decide dar Salsol  
con: Fluoxetina Cap 20 mg 1-0-0 U.O  
Clorazepato Tab 0,5 mg 1-0-2 U.O  
Paroxetina 50 mg 0-0-1 U.O  
Continuar proceso en intervención en crisis

JOAQUIN AGUASACO  
Residente de Psiquiatría  
W. Rosales RM 50-293505  
CC 79.881 786 de Bta

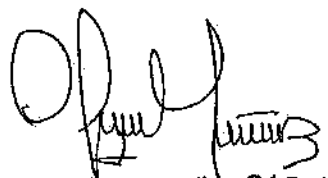
20-29

Santafe de Bogotá febrero 19 de 2009

Señores : UPA LA ESTRELLA

Por medio del presente solicito el resumen de la epicrisis para presentarla en la compañía financiera aseguradora para reclamar la incapacidad.

Agradezco su colaboración  
La presente es solicitada por Olga Lucia Muñoz Machado  
CC. 51.965.368 Btá

  
51.965.368 Btá



19-02-09  
Hospital Vista Hermosa I Nivel  
Empresa Social del Estado

3:40pm

Servicio de  
Atención al Usuario

Salud para Ciudad Bolívar



29  
28

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

RED DE SALUD MENTAL

FORMATO PARA PRESENTACIÓN DE INFORME DE CIERRE DE CASO

INSTITUCIÓN: Estrella

MODALIDAD DE ATENCIÓN PRESTADA: Hospitalización

Nombre del paciente: Olga Muñoz Machado

Nº. Historia Clínica: 28494

Otros miembros de la familia involucrados

Terapeutas

Fecha de inicio de la atención: 5/02/09

Fecha de finalización de la atención: 12-febrero-2009

Diagnóstico de ingreso del paciente: Depresión Mayor

Diagnóstico de egreso del paciente: Depresión Mayor + Ansiedad  
dependiente de personalidad

Plan de tratamiento:

Hospitalización  
Psicoterapia  
Farmacoterapia: Fluoxetina  
Clorazepan  
trazodolona

BOGOTÁ  
GOBIERNO DE LA CIUDAD

Subgerencia de Servicios de Salud



Objetivos del plan de tratamiento

Revisión informativa  
Educa  
Intervención familiar

Logros del plan de tratamiento

Revisión informativa  
Educa

El caso se cierra por:

Logro de objetivos del tratamiento

Acuerdo mutuo entre paciente y terapeuta

Deserción del paciente

Otros (especifique cuál)

Recomendaciones

Terapia adecuada de Medicación, continuar maso  
en Intervención on crisis

Firmas del equipo tratante

JOAQUÍN AGUIRRE  
Residente de Psiquiatría  
U. Rosario RM 50-2925406  
CC 79.861.758 de Bta



28

## COMPROMISO FAMILIAR

Nombre del acudiente: Miriam Machado  
Con Cédula de Ciudadanía Número 51.612.880 soy  
conciente que mi familiar: Olga Muñoz Machado con Cédula de Ciudadanía  
Número 51.956.368 para quien soy responsable ante la institución  
durante el periodo de hospitalización de igual manera informo sobre el teléfono y  
domicilio durante el periodo de hospitalización de igual manera informo sobre el  
teléfono y domicilio comprometiéndome asistir a reuniones que se me cite.

Quedo informado que según el nivel de SISBEN asignado por la secretaria distrital  
de salud es 1 por lo cual deberé pagar una cuota moderadora de 5 % al  
finalizar la hospitalización.

TELÉFONO: 7-80-57-74 3-62-94-50  
DIRECCIÓN: Trans 73 D BS # 68A-30  
BARRIO: Perdono Alto LOCALIDAD: Ciudad Bolívar

### FIRMA DEL ACUDIENTE

Miriam Machado

51.612.880 de Bogotá  
C.C.

05-02-09

Recibido Por: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

*[Firma]*  
Toledo Rodríguez G.  
C.C. 52.311.15 de  
Bogotá D.C.

Subgerencia de Servicios de Salud  
UPA La Estrella



27 26

CONSENTIMIENTO INFORMADO  
AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO

Por medio del presente formato autorizo al Doctor:  
Alfonso Carrasquilla Dña Ginna Cabera

y al equipo de profesionales de la UPA LA ESTRELLA, a realizar  
tratamientos psicoterapéuticos, y farmacológicos que hagan parte de  
la atención psiquiátrica durante el tiempo de hospitalización que  
requiera el paciente Olga Juana Muñoz Machado

No de documento 51.965.368

El Doctor(a) Ginna Cabera

Me ha explicado la naturaleza y el propósito del tratamiento señalado y  
me ha informado claramente las ventajas, complicaciones, alternativas  
y riesgos que se puedan derivar del mismo.

He tenido la oportunidad de hacer diversas preguntas las cuales han  
sido contestadas satisfactoriamente.

Finalmente manifiesto que he leído y comprendido lo anterior, y que  
me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Myriam Machado  
Firma del paciente o persona responsable  
C.C. 51.612.880

05-02-09

Parentesco. "Hermana"

Subgerencia de Servicios de Salud  
UPA La Estrella



26 25

HOSPITALIZACION

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y / O FAMILIAR

PACIENTE: Olga Minor Machado H.C. \_\_\_\_\_

FECHA: 12/02/09 HORA: 9:30 am

DIAGNOSTICO: Tx Depresivo Mayor - Dismatur parejo

OBJETIVOS DE LA SESION:

- Se trabajó aspectos relacionados con el diagnóstico Depresivo.
- Se le propone continuar proceso terapéutico en programa de intervención grupal.

CONTENIDO: Durante la sesión se habló de la importancia de la adherencia al tratamiento, se le recomendó acudir a las sesiones de grupo y de individual, se le recomendó acudir a las sesiones de grupo y de individual, se le recomendó acudir a las sesiones de grupo y de individual.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- Se acordó y se comprometió a continuar el proceso de intervención grupal.

Alfonso Carrasquilla C.  
PROFESIONAL RESPONSABLE

Dr. Alfonso Carrasquilla C.  
PSQUIATRA  
T.F. 73.141.229 BIA.  
CARRASQUILLA C.  
CENTRA  
11.229 BIA.



2529

**EVOLUCIÓN**

Primer Apellido: Munoz Segundo Apellido: Machado Nombre: Oger  
 SEXO: ☒ M ☐ F EDAD: 35 SALA O CUARTO: USM No. HISTORIA CLINICA: 28494  
 No. CAMA: 8

**ORDENAMIENTO**

- 1 - Información dada por el paciente
- 2 - Signos vitales
- 3 - Hallazgos más importantes
- 4 - Complicaciones
- 5 - Diagnostico Presuntivo
- 6 - Diagnostico Definitivo
- 7 - Revisión del Tratamiento
- 8 - Resultados del Tratamiento
- 9 - Cambios en el manejo del paciente
- 10 - Observaciones
- 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención

| FECHA  |     |     | SERVICIO | VALORACIÓN x Terguatiua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------|-----|-----|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA    | MES | AÑO |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 05     | 02  | 09  | 1530     | <p><b>Valoración x Terguatiua</b></p> <p><b>Dx:</b> 1. Trastorno Depresivo Mayor Moderado<br/>           2. Problemas Emocionales<br/>           Paciente con problemas con su esposo el la maltrato verbalmente, auto era buen esposo y empezó a preocuparse por su salud mental, ideas de culpa y autonegación, ideas alucinatorias, ideas obsesivas, ideas de muerte, ideas suicidas activas, sin actitudes alucinatorias, Insomnio de conciliación, poco comprometido a la de tono ansioso, labilidad emocional, anhedonia.</p> <p><b>Se decidió:</b> 1. Hospitalizar en USM<br/>           2. Ver otros medios</p> |
| 5/2/09 |     |     | 2430     | <p><b>Nota de curso</b></p> <p><b>Ida de Trastorno Depresivo Mayor</b><br/>           1. Trastorno de depresión</p> <p><b>Se decidió:</b> 1. Hospitalizar en USM<br/>           2. Ver otros medios</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Gina M. Cabello (Cabeza de Mesa)  
 Médico Psiquiatra  
 R.M. 4576739

Sandra ENFERMERA  
 52 04655

OACINCOBASACOM  
 Residente de Psiquiatría  
 Up. Rosendo R.M. 2935/05  
 79 88 6756



EVOLUCIÓN

|                                                                        |                               |                                    |                                    |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Primer Apellido: <u>Uñoz</u>                                           | Segundo Apellido: <u>Uñoz</u> | Nombre: <u>Olga</u>                | No. HISTORIA CLÍNICA: <u>28494</u> |
| SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | EDAD: <u>37</u>               | SALA O CUARTO: <u>U511- Estela</u> | No. CAMA: <u>3</u>                 |

ORDENAMIENTO

- |                                      |                                |                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 - Información dada por el paciente | 5 - Diagnóstico Presuntivo     | 9 - Cambios en el manejo del paciente                    |
| 2 - Signos vitales                   | 6 - Diagnóstico Definitivo     | 10 - Observaciones                                       |
| 3 - Hallazgos más importantes        | 7 - Revisión del Tratamiento   | 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención |
| 4 - Complicaciones                   | 8 - Resultados del Tratamiento |                                                          |

| FECHA  |     |     | SERVICIO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------|-----|-----|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA    | MES | AÑO |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6      | 02  | 09  | 11:30 am | <p>P: Trastorno Depresivo Mayor<br/>Distinción de paros.<br/>O: Paciente con alteraciones globales, afectando campo visual y percepción de los estímulos. Actos de tono, baile, que le da mucho placer, pero con ideas de muerte, culpa, soledad, abandono, desesperación, insomnio, pérdida de apetito, pérdida de peso, etc. y mantenimiento de síntomas.<br/>Di: Síntomas<br/>Plan: V.O.M.</p> <p>Dr. Alfonso Caracalla E.<br/>PSICUATRA<br/>C.P. 73.141.228 BSA</p> |
| 6/2/09 |     |     | 21:30    | <p>Nota de turno<br/>Trastorno Depresivo Mayor.<br/>O: Despertar de paros.<br/>S: Paciente sin dificultades de manejo, pronta respuesta por mantenerse estable en su centro de la madre.<br/>A: Sistemática.<br/>Plan: Igual manejo</p> <p>JOAQUÍN AGUIRRE M.<br/>Residente de Psiquiatría<br/>U. Rosario RM 30-263605<br/>CC 78.887.288 de BSA</p>                                                                                                                     |

Subgerencia de Servicios de Salud



223

EVOLUCIÓN

Primer Apellido: Musor Segundo Apellido: Machado Nombre: Olaya No. HISTORIA CLÍNICA: 28494  
SEXO: ☐ M ☒ F EDAD: 37 A SALA O CUARTO: Estela No. CAMA: 3

ORDENAMIENTO

- 1 - Información dada por el paciente
- 2 - Signos vitales
- 3 - Hallazgos más importantes
- 4 - Complicaciones
- 5 - Diagnostico Presuntivo
- 6 - Diagnostico Definitivo
- 7 - Revisión del Tratamiento
- 8 - Resultados del Tratamiento
- 9 - Cambios en el manejo del paciente
- 10 - Observaciones
- 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención

| FECHA  |     |     | SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------|-----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA    | MES | AÑO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 6/2/09 | 21  | 30  | Paradiso - VIDA - De noche<br>Gravidez 12 semanas<br>CH - en límites normales<br>glucemia - 72 mg/dl BUN - 11,5 mg/dl<br>creatinina 0,90 mg/dl                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 7/2/09 | 16  | 40  | 1º y 2º Tr. de presión Mayor<br>(2) Parar dependientes<br>paciente alerta - orientada globalmente<br>te - euvoréxica, afecto normal<br>te - labil - sentimientos de po-<br>sible soledad - minusvalía - mu-<br>te - anhedonia - poco de bienestar<br>introspección parietal - prospera-<br>cierta - adecuado poder de<br>suno - sin dificultad de re-<br>negó<br>a/sinforática<br>H/SS - ul x Psicología |
| 7/2/09 | 20  | 09  | 1º y 2º Tr. de presión Mayor<br>(2) Parar dependientes<br>paciente alerta - orientada global-<br>mente - euvoréxica, afecto normal<br>labil - ideas de soledad - minusva-<br>lia - soledad - desesperanza muerta                                                                                                                                                                                         |

JOAQUIN AGUIRRE M  
Residente de Psiquiatría  
U. Rosario RM 56-2935/06  
CQ 79.861.758 de Bta

Mayra Camacho  
Licenciada en  
Psicología  
52-096.253

ANILYS HERNANDEZ U  
PSICUINTRA ORAL  
REG 3107513

IMPRESO GRAFICO TELEFAX: (1) 250 499 602 3097 Bta

FTO-SSS-SR-158-V2



# Hospital Vista Hermosa | Nivel

Empresa Social del Estado

Nit. 800 248 276-3

## EVOLUCIÓN

|                                                                        |                 |                                  |  |                     |  |                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|--|---------------------|--|------------------------------------|--|
| Primer Apellido: <u>Muchimoro</u>                                      |                 | Segundo Apellido: <u>Nachado</u> |  | Nombre: <u>Olga</u> |  | No. HISTORIA CLÍNICA: <u>28994</u> |  |
| SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | EDAD: <u>37</u> | SALA O CUARTO: <u>Um</u>         |  | No. CAMA: <u>3</u>  |  |                                    |  |

## ORDENAMIENTO

- |                                      |                                |                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 - Información dada por el paciente | 5 - Diagnóstico Presuntivo     | 9 - Cambios en el manejo del paciente                    |
| 2 - Signos vitales                   | 6 - Diagnóstico Definitivo     | 10 - Observaciones                                       |
| 3 - Hallazgos más importantes        | 7 - Revisión del Tratamiento   | 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención |
| 4 - Complicaciones                   | 8 - Resultados del Tratamiento |                                                          |

| FECHA |     |     | SERVICIO |                                                                                                               |
|-------|-----|-----|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA   | MES | AÑO |          |                                                                                                               |
| 7     | 7   | 09  | 2018     | Salud Mental, inicio de la historia clínica, información dada por el paciente sin mayor dificultad de manejo. |
|       |     |     |          | A/Sintomática.                                                                                                |
|       |     |     |          | Uso: no reactiva.                                                                                             |
|       |     |     |          | 2 clo Embarazo 6                                                                                              |
|       |     |     |          | CH                                                                                                            |
|       |     |     |          | LDL: 220 Hb: 14.8 Ht: 45.2                                                                                    |
|       |     |     |          | W: 45.6 Lp: 44.4%                                                                                             |
|       |     |     |          | glucosa 258.00g                                                                                               |
|       |     |     |          | glucosa 77 BUN: 11.5 Creat: 0.9                                                                               |
|       |     |     |          | Ver am                                                                                                        |
| 8     | 02  | 09  | 2018     | P. Tx Depresión Mayor                                                                                         |
|       |     |     |          | Rasgos Depresivos de personalidad                                                                             |
|       |     |     |          | S. No se que va a pasar cuando salgamos de aquí, siento mucho desesperación.                                  |
|       |     |     |          | O: paciente alerta, orientada globalmente.                                                                    |
|       |     |     |          | Feb. Colaboradora, conducta verbal y verbal.                                                                  |
|       |     |     |          | Con pensamiento actual de suicidio.                                                                           |
|       |     |     |          | Acto hostil, fobias, pensamientos de                                                                          |
|       |     |     |          | ideas de suicidio, ideas de abandono                                                                          |
|       |     |     |          | no, muerte trágica, el aislamiento, en                                                                        |
|       |     |     |          | marcados sentimientos de culpa, culpa                                                                         |
|       |     |     |          | de la relación con la relación de pareja.                                                                     |
|       |     |     |          | P: sin pánico                                                                                                 |
|       |     |     |          | Plan: U.O.M.                                                                                                  |

Subgerencia de Servicios de Salud

CII 64C-Sur No. 27-32-PBX: 7300000, www.hospitalvistahermosa.gov.co, Bogotá, D.C.

Salud para Ciudad Bolívar



IMPRESO GRAFICO TELEFAX (1) 250 0400 - 56 3897 BA

FTO-SSS-SR-158-V2



EVOLUCIÓN

|                 |                  |               |                      |
|-----------------|------------------|---------------|----------------------|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre        | No. HISTORIA CLÍNICA |
| Muroz           | Hochado          | Olga          | 79 994               |
| SEXO            | EDAD             | SALA O CUARTO | No. CAMA             |
| M               | 27               | Estrella      | 3                    |

ORDENAMIENTO

- 1 - Información dada por el paciente
- 2 - Signos vitales
- 3 - Hallazgos más importantes
- 4 - Complicaciones
- 5 - Diagnostico Presuntivo
- 6 - Diagnostico Definitivo
- 7 - Revisión del Tratamiento
- 8 - Resultados del Tratamiento
- 9 - Cambios en el manejo del paciente
- 10 - Observaciones
- 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención

| FECHA                                     |     |     | SERVICIO |
|-------------------------------------------|-----|-----|----------|
| DIA                                       | MES | AÑO |          |
| 8                                         | 7   | 09  | U+3D     |
| Nota de turno                             |     |     |          |
| Trx O Trast Depresivo Mayor               |     |     |          |
| con largos periodos de personalidad       |     |     |          |
| y propia sin dificultades de manejo       |     |     |          |
| labial por momentos, acentuado            |     |     |          |
| redondeado en la                          |     |     |          |
| Ojeras azul sin cambios de                |     |     |          |
| la nariz                                  |     |     |          |
| Alimentación                              |     |     |          |
| Plan: Igual manejo                        |     |     |          |
| 9                                         | 02  | 09  | 9:40 am  |
| P: Trastorno Depresivo Mayor              |     |     |          |
| Masas Depresivas por personalidad         |     |     |          |
| Paciente alerta, pensamientos globales    |     |     |          |
| depleción, cambios usual y verbal con     |     |     |          |
| debe haber, que este, de tono labial      |     |     |          |
| deprimido, ideas de suicidio, de          |     |     |          |
| fuerza, abandono, culpa, en ideas de      |     |     |          |
| suicidio. Se ha logrado integrar al grupo |     |     |          |
| y logro participar de los actividades de  |     |     |          |
| terapia ocupacional la paciente presenta  |     |     |          |
| interés por el, por lo que se             |     |     |          |
| le logro vincular y mantener el turno     |     |     |          |
| Plan: Automático                          |     |     |          |
| Plan: U.O.M.                              |     |     |          |

JOAQUÍN BOTASACO M  
Residente de Psiquiatría  
U. Rosario RM 50-2955/05  
CC 79.881.788 de Bta

Dr. Alfonso Camacho &  
PSIQUIATRA  
T.P. 12.141.220 de Bta



EVOLUCIÓN

|                 |                                                                  |                  |             |                |       |                      |       |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|----------------|-------|----------------------|-------|
| Primer Apellido | Muñoz                                                            | Segundo Apellido | Machado     | Nombre         | Olaya | No. HISTORIA CLÍNICA | 28494 |
| SEXO            | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | EDAD             | D D M M A A | SALA O. CUARTO | C-38  | No. CAMA             | 3     |

ORDENAMIENTO

- |                                      |                                |                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 - Información dada por el paciente | 5 - Diagnostico Presuntivo     | 9 - Cambios en el manejo del paciente                    |
| 2 - Signos vitales                   | 6 - Diagnostico Definitivo     | 10 - Observaciones                                       |
| 3 - Hallazgos más importantes        | 7 - Revisión del Tratamiento   | 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención |
| 4 - Complicaciones                   | 8 - Resultados del Tratamiento |                                                          |

| FECHA |     |     | SERVICIO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------|-----|-----|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA   | MES | AÑO |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 9     | 2   | 09  | 22100    | <i>Nota de turno</i><br><i>Dr. Deprezo Muñoz</i><br><i>Dr. Deprezo dependiente de</i><br><i>presidencia</i><br><i>Paciente sin dificultad en el</i><br><i>manejo con estabilidad afectiva</i><br><i>afectiva, nivel no cambia</i><br><i>de la mano</i><br><i>Al síndrome</i><br><i>Plan: Igual manejo</i><br><br><i>Sandra A. López</i><br><i>Enfermera Jefe</i><br><i>52-096-853</i><br><br><i>JOAQUÍN AGUASACO M</i><br><i>Residente de Psiquiatría</i><br><i>U. Rosado RM 50-2935705</i><br><i>CC 79.681.758 de Bta</i> |
| 10    | 2   | 09  | 7415     | <i>Paciente con dificultad para mantener</i><br><i>el adecuado patrón del sueño</i><br><i>Se administra Clonazepam extra</i><br><br><i>JOAQUÍN AGUASACO M</i><br><i>Residente de Psiquiatría</i><br><i>U. Rosado RM 50-2935705</i><br><i>CC 79.681.758 de Bta</i>                                                                                                                                                                                                                                                          |



**ORDENES MEDICAS**

Primer Apellido: Alonso Segundo Apellido: Blanco Nombre: Olaya No. HISTORIA CLINICA: 48494  
SEXO: ☒ M ☐ F EDAD: 38 D 0 M 0 A SERVICIO: Urn esbells No. CAMA: 3

**ORDENAMIENTO**

- |                                |                                                 |                                               |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 - Vía y tipo de alimentación | 4 - Medicamentos vía oral                       | 7 - Medidas generales                         |
| 2 - Líquidos endovenosos       | 5 - Dosificación de O <sub>2</sub> si se indica | 8 - Orden de remisión o egreso                |
| 3 - Medicamentos parenterales  | 6 - Solicitud de paraclínicos                   | 9 - Firma y sello del profesional de la salud |

| FECHA |     |     | HORA |  |
|-------|-----|-----|------|--|
| DIA   | MES | AÑO |      |  |

10 02 09 9:20 PM  
P: Tx Depresivo Mayor  
Masgos Oluprudentes en personalidad  
3: "Yo no quiero morir, pero puedo de  
cesarir todo solo"  
Oy paute alert. Oluprudentes globalmente, esta  
primero pinto manual y verbal, denunciando  
Olor, Albor de fero hste, dubi, pesamun  
Con ideas de suicidio, solido y abnolone  
En eadencia, de ideas de muerte o quid  
luchamento, pmanedo pmanedo de  
Olaya por la feminidad, Olaya repun con  
Olaya manuse el pabon Olaya  
plan: U.O.M.

*Dr. Alfonso Carrasquilla R.*

Dr. Alfonso Carrasquilla R.  
PSIQUIATRA  
T.P. 73-141.222 BUE

10 02 09 11:00 am. Psicología  
P: Tx Depresivo Mayor  
Aumento pmanedo mejoramiento pmanedo de su  
prosperidad e interacción, que en todo caso se  
presentar en un mayor de discursos manijulativo  
de la familia  
Se evidencia avance en su mejor pmanedo  
frente a su pareja con persistencia de su alta  
dependencia emocional que requiere Atto por  
vicio racional.  
Se autoriza llamada telefónica a su casa.  
Se entrega un ejemplar de repuesta autorizada

-209 11x. ① Depresión Mayor

9:30

② Rasgos dependientes de personalidad  
paciente alerta, orientado globalmente -  
suprarenal. afecto de tono triste,  
elementos cognitivos depresivos, sin  
ideas de muerte o suicidio. - Jura  
desistido - inspeccionar parietal

+/sintomática

+/ver con

REG. 9737513  
PSIQUIATRA  
ALFONSO CANASQUIPA

1/10/09

P. Trastorno Depresivo Mayor

9:50  
am

Rasgos dependientes de personalidad

S: no puedo decir que no estoy triste, pero  
tengo otros expectativas, quiero trabajar, estar  
con mis hijos

O: paciente alerta, orientado globalmente,  
estabilidad ambiente usual y verbal con  
autansbor, afecto de tono triste, piensa  
mucho en ideas de suicidio, minimistas  
pero sin tendencias de muerte o suicidio.  
Se logra integrarse al grupo, participar  
de las actividades de tiempo ocupacional.  
Su patrón de sueño y de alimentación  
es adecuado.

② Síntomas, Aunque con mejor pronóstico,  
sin ideas de muerte o suicidio.

Plan. Cbr. Promba Clínica

Dr. Alfonso Canasquipa  
PSIQUIATRA  
T.P. 73-141-223-888

1/02/09. 10:15am Psicología

Dr. P. Dep. Mayor

Se evidencia un progreso en su cognición y mayor auto-  
evaluación emocional. Ha pasado a una fase de  
luto que evidencia gran recuperación hacia su  
pareja y mejoramiento gradual de su propensión.  
Se sugiere crear elementos de autocuidado emocional.

## EVOLUCIÓN

|                 |                                                                  |                  |         |        |               |                      |          |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|------------------|---------|--------|---------------|----------------------|----------|
| Primer Apellido |                                                                  | Segundo Apellido |         | Nombre |               | No. HISTORIA CLINICA |          |
| Gutiérrez       |                                                                  | García           |         | Olayo  |               | 28494                |          |
| SEXO            | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | EDAD             | D D M M |        | SALA O CUARTO |                      | No. CAMA |
|                 |                                                                  |                  | 38      |        | Urología      |                      | 3        |

## ORDENAMIENTO

- |                                      |                                |                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 - Información dada por el paciente | 5 - Diagnóstico Presuntivo     | 9 - Cambios en el manejo del paciente                    |
| 2 - Signos vitales                   | 6 - Diagnóstico Definitivo     | 10 - Observaciones                                       |
| 3 - Hallazgos más importantes        | 7 - Revisión del Tratamiento   | 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención |
| 4 - Complicaciones                   | 8 - Resultados del Tratamiento |                                                          |

| FECHA |     |       | SERVICIO | NOTAS                                                                                                                                                                                         |
|-------|-----|-------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA   | MES | AÑO   |          |                                                                                                                                                                                               |
| 11    | 02  | 09    | 11:20 m  | Paciente con quemadura facial inferencia. Compromiso de la familia. Se evidencian en la historia real de apoyo. Se guiará salud. Continuará en el programa de inferencia de la U.S.           |
| 11    | 02  | 09    | 16:59    | Paciente refiere temblores finos en las manos y ansiedad. Se decide aumentar clonazepam.                                                                                                      |
| 11    | 02  | 09    | 16:53    | Paciente con ansiedad intensa. Se indica 20 gotas de clonazepam.                                                                                                                              |
| 11/2/ | 09  | 21:30 |          | Nota de turno<br>Eda. Orest. Dagnan. Placer.<br>Paciente dependiente de personalidad. Paciente que presenta ansiedad. En la noche, acepta medicación. Olexano. Mortal. en cambios de la mano. |



**EVOLUCIÓN**

|                                                                       |                |                                   |  |                    |  |                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|--|--------------------|--|-----------------------------------|--|
| Primer Apellido <u>Munoz</u>                                          |                | Segundo Apellido <u>Hernandez</u> |  | Nombre <u>Olga</u> |  | No. HISTORIA CLINICA <u>28909</u> |  |
| SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | EDAD <u>38</u> | SALA O CUARTO <u>Estela</u>       |  | No. CAMA <u>3</u>  |  |                                   |  |

**ORDENAMIENTO**

- |                                      |                                |                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 - Información dada por el paciente | 5 - Diagnostico Presuntivo     | 9 - Cambios en el manejo del paciente                    |
| 2 - Signos vitales                   | 6 - Diagnostico Definitivo     | 10 - Observaciones                                       |
| 3 - Hallazgos más importantes        | 7 - Revisión del Tratamiento   | 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención |
| 4 - Complicaciones                   | 8 - Resultados del Tratamiento |                                                          |

| FECHA |     |     | SERVICIO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------|-----|-----|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA   | MES | AÑO |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 11    | 7   | 09  | Lit 30   | Continuación<br>Algunos con buen reporio clínico<br>Menor salida masera continua<br>proceso en intervención en<br>CRISIS                                                                                                                                                                                    |
|       |     |     |          | JOAQUIN AGUIRRE M<br>Residente de Psiquiatría<br>U. Rosario RM 50-2935786<br>CC 79.881.758 de Bta                                                                                                                                                                                                           |
| 12    | 07  | 09  | 8:00am   | Psicología<br>Paciente con importante reu-<br>percusión con expectativas<br>positivas sobre su salud<br>y sus acciones de intervención<br>tramitadas en su entidad<br>Comienza terapia en sesiones<br>grupales<br>Se a la salida solicitar consulta<br>que falta por intervención en<br>CRISIS X Psicología |

## EVOLUCIÓN

|                 |                                                                  |                  |            |        |               |                      |   |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|------------------|------------|--------|---------------|----------------------|---|
| Primer Apellido |                                                                  | Segundo Apellido |            | Nombre |               | No. HISTORIA CLÍNICA |   |
| Canoa           |                                                                  | García           |            | Olaya  |               | 2849A                |   |
| SEXO            | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | EDAD             | D D M M 38 |        | SALA O CUARTO | Esbelto              |   |
|                 |                                                                  |                  |            |        |               | No. CAMA             | 3 |

## ORDENAMIENTO

- |                                      |                                |                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 - Información dada por el paciente | 5 - Diagnostico Presuntivo     | 9 - Cambios en el manejo del paciente                    |
| 2 - Signos vitales                   | 6 - Diagnostico Definitivo     | 10 - Observaciones                                       |
| 3 - Hallazgos más importantes        | 7 - Revisión del Tratamiento   | 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención |
| 4 - Complicaciones                   | 8 - Resultados del Tratamiento |                                                          |

[illegible]

~~19~~

## EVOLUCIÓN

|                 |  |                                                                  |                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |  |     |                      |  |
|-----------------|--|------------------------------------------------------------------|------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|-----|----------------------|--|
| EVOLUCIÓN       |  |                                                                  |                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |  |     |                      |  |
| Primer Apellido |  |                                                                  | Segundo Apellido |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nombre        |  |     | No. HISTORIA CLÍNICA |  |
| Molina          |  |                                                                  | Machado          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Olga          |  |     | 28494                |  |
| SEXO            |  | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | EDAD             |  | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 | SALA O CUARTO |  | USM | No. CAMA             |  |
|                 |  |                                                                  |                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |  |     | 8                    |  |

## ORDENAMIENTO

- |                                      |                                |                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 - Información dada por el paciente | 5 - Diagnóstico Presuntivo     | 9 - Cambios en el manejo del paciente                    |
| 2 - Signos vitales                   | 6 - Diagnóstico Definitivo     | 10 - Observaciones                                       |
| 3 - Hallazgos más importantes        | 7 - Revisión del Tratamiento   | 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención |
| 4 - Complicaciones                   | 8 - Resultados del Tratamiento |                                                          |

| FECHA |     |     | SERVICIO                                                                                                                                                                                                                            |
|-------|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA   | MES | AÑO |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 05    | 02  | 09  | 15:30                                                                                                                                                                                                                               |
|       |     |     | <p>① Hospitalizar</p> <p>② Fluoxetina (cápsula 20mg 1-0-0) VO</p> <p>③ Clonazepam gotas (5-5-20) VO</p> <p>④ SS, hemograma, Glucemia, prueba de embarazo VDRL, BUN, Creatinina,</p> <p>⑤ ECG y AE</p> <p>⑥ Vigilancia conductas</p> |
| 05    | 07  | 09  | 15:35                                                                                                                                                                                                                               |
|       |     |     | <p>① Clonazepam gotas 20 gotas</p>                                                                                                                                                                                                  |
| 06    | 02  | 09  | 11:30                                                                                                                                                                                                                               |
|       |     |     | <p>① Hospitalizar</p> <p>② Fluoxetina (cápsula 20mg 1-0-0) VO</p> <p>③ Clonazepam gotas VO (5-5-20)</p> <p>④ Pirepente en shock an</p> <p>⑤ Duvine</p>                                                                              |
| 2     | 2   | 09  | 16:50                                                                                                                                                                                                                               |
|       |     |     | <p>① Dieta corriente</p> <p>② Fluoxetina (cápsula 20mg 1-0-0) VO</p> <p>③ Clonazepam gotas VO (5-5-20)</p> <p>④ ECG y AE</p>                                                                                                        |

**Subgerencia de Servicios de Salud**

CL 64C Sur No. 27-32 PBX: 7300000, [www.hospitalvistahermosa.gov.co](http://www.hospitalvistahermosa.gov.co), Bogotá, D.C.

*Salud para Ciudad Bolívar*





EVOLUCIÓN

|                 |                                                                  |                  |                                                                                                                                                   |               |     |                      |  |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|----------------------|--|
| Primer Apellido |                                                                  | Segundo Apellido |                                                                                                                                                   | Nombre        |     | No. HISTORIA CLÍNICA |  |
| NUÑEZ           |                                                                  | Machado          |                                                                                                                                                   | Olga          |     | 20494                |  |
| SEXO            | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | EDAD             | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A | SALA O CUARTO | UTM |                      |  |
|                 |                                                                  |                  |                                                                                                                                                   | No. CAMA      | 8   |                      |  |

ORDENAMIENTO

- |                                      |                                |                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 - Información dada por el paciente | 5 - Diagnóstico Presuntivo     | 9 - Cambios en el manejo del paciente                    |
| 2 - Signos vitales                   | 6 - Diagnóstico Definitivo     | 10 - Observaciones                                       |
| 3 - Hallazgos más importantes        | 7 - Revisión del Tratamiento   | 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención |
| 4 - Complicaciones                   | 8 - Resultados del Tratamiento |                                                          |

| FECHA |     |      | SERVICIO |                                                                                                                                                    |
|-------|-----|------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA   | MES | AÑO  |          |                                                                                                                                                    |
| 7     | 2   | 2009 |          | dolor esternal inspiratorio - do<br>lor al palpar zona esternal - TA:<br>110/70 TC 70 x 1 P: 12 x<br>P - 15 suprateno. Tel x 400mg vo 1<br>ca. 12x |
| 8     | 02  | 09   | 12:20    | (1) Dieta Comunitaria<br>(2) Fluoxetina 20ms vo (1-0-0)<br>(3) Clonazepam 0.05ms vo (5-5-20)<br>(4) Chitac                                         |
| 9     | 02  | 09   | 9:40     | (1) Dieta Comunitaria<br>(2) Fluoxetina 20ms vo (1-0-0)<br>(3) Clonazepam 0.05ms vo (5-0-10)<br>(4) Onv. A/c                                       |
| 10    | 2   | 09   | 2:15     | (1) Clonazepam 0.05ms vo 10 vo 12x                                                                                                                 |

Subgerencia de Servicios de Salud



**ORDENES MEDICAS**

|                 |                  |               |                      |
|-----------------|------------------|---------------|----------------------|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre        | No. HISTORIA CLINICA |
| Luñoz           | Macbido          | Olga          | 28494                |
| SEXO            | EDAD             | SERVICIO      | No. CAMA             |
| M               | 48               | Dom. Estrella | 3                    |

**ORDENAMIENTO**

- |                                |                                     |                                               |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 - Vía y tipo de alimentación | 4 - Medicamentos vía oral           | 7 - Medidas generales                         |
| 2 - Líquidos endovenosos       | 5 - Dosificación de O2 si se indica | 8 - Orden de remisión o egreso                |
| 3 - Medicamentos parenterales  | 6 - Solicitud de paraclínicos       | 9 - Firma y sello del profesional de la salud |

| FECHA |     |     | HORA  | ORDENES                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|-----|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA   | MES | AÑO |       |                                                                                                                                                                                                                                             |
| 10    | 02  | 09  | 9:20  | (1) Dietas Comuete<br>(2) Fluoxetina 20ms vo (1-0-0)<br>(3) Clonazepam 60bs vo (0-0-10)<br>(4) Trarodona 15x 10ms vo (0-0-1)<br>(5) Chv + Ac.<br><br>Daisy Esquivel G.<br>Universidad Javeriana<br>ENFERMERA JEFE<br>C.C. 52.535.238 BTA    |
| 11    | 02  | 09  | 9:10  | (1) Dietas Comuete<br>(2) Fluoxetina 20ms vo (1-0-0)<br>(3) Clonazepam 60bs vo (0-0-10)<br>(4) Trarodona 15x 10ms vo (0-0-1)<br>(5) Chv + Ac.<br><br>Daisy Esquivel G.<br>Universidad Javeriana<br>ENFERMERA JEFE<br>C.C. 52.535.238 BTA    |
| 11    | 02  | 09  | 16:45 | (1) Clonazepam gotas vo (5-5-10) A<br><br>Sandra P. López<br>ENFERMERA JEFE<br>C.C. 52.535.238 BTA                                                                                                                                          |
| 11    | 02  | 09  | 16:55 | (1) Clonazepam gotas 20 gotas Alora<br><br>Sandra P. López<br>ENFERMERA JEFE<br>C.C. 52.535.238 BTA                                                                                                                                         |
| 12    | 02  | 09  | 9:35  | (1) Dietas Comuete<br>(2) Fluoxetina 20ms vo (1-0-0)<br>(3) Trarodona 15x 10ms vo (0-0-1)<br>(4) Clonazepam 60bs vo (5-0-5)<br>(5) Saludo ugeute<br><br>Daisy Esquivel G.<br>Universidad Javeriana<br>ENFERMERA JEFE<br>C.C. 52.535.238 BTA |



**Hospital Vista Hermosa I Nivel**  
Empresa Social del Estado

Nit. 800 248 276-3

UPA ESTRELLA-UNIDAD MENTAL

Terapia Ocupacional Egreso Hospitalario

**EVALUACION COMPRENSIVA OCUPACIONAL**

NOMBRE: Olivia 770003

No HCL: 28494

EDAD: 37

CAMA: 8

OCUPACION:

DIAGNOSTICO: Tx. Depresión Mayor

| FECHA                                   |  | DIA |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   | DIAGNOSTICO: <u>Tr. Depresivo Mayor</u> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------|--|-----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA                                     |  | L   | M  | M  | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M                                       | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| SESION                                  |  |     |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CALIFICACION                            |  |     |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1-COMPORTAMIENTO GENERALES              |  |     |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| A- APARIENCIA                           |  | F   | F  | F  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| B-COMPORTAMIENTO NO PRODUCTIVO          |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| C- EXPRESION                            |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| D- RESPONSABILIDAD                      |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| E- ORIENTACION A LA REALIDAD            |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2- COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL         |  |     |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| A- INDEPENDENCIA                        |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| B- COOPERACION                          |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| B- SOCIABILIDAD                         |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| COMPORTAMIENTO PARA LLAMAR LA ATENCION  |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3- COMPORTAMIENTO EN TAREAS             |  |     |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| A- INVOLUCRAMIENTO                      |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| B- INICIATIVA- CREATIVIDAD              |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| C- COORDINACION                         |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| D- SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES         |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| E- INTERES POR LA ACTIVIDAD- MOTIVACION |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| F- TOMA DE DECISIONES                   |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| G- TOLERANCIA                           |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4- FUNCIONAMIENTO COGNITIVO             |  |     |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| A- ATENCION                             |  | F   | F  | F  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| B- MEMORIA                              |  | F   | F  | F  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| C- CONCENTRACION                        |  | F   | F  | F  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| D- ANALISIS                             |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| E- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD             |  | SF  | SF | SF |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

SESIONES

F: FUNCIONAL

F: FUNCIONAL

SF: SEMIFUNCIONAL

NF: NO FUNCIONAL

127

**FECHE:**

[illegible]

begin 7.50, 10-02-09 discuss the particle environment, calculate the abundance of particles in absence of collisions, and understand inter interaction in plas.

FECHA: \_\_\_\_\_

11-02-03. Usualos que permitieron a compañeros de ellos sin dificultad. Ay-C

había en sus casas y recibía de manera adecuada, e iba bien funcionalmente organizado, se reafirma comunicados. Ay (3)

gracia con el grupo.

**FECCHA:**

## TERAPEUTIC

[illegible]



**INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN**

FECHA: 11/02/2009  
HC: 51965368

**1. DATOS GENERALES**

Nombres y Apellidos: Olga Muñoz Edad: 40 Sexo: F  
Procedencia: Bogotá C.C. No. 51965368 TI:  RC:   
Estado Civil: Casada Escolaridad: Técnico Ocupación: Modistita  
Motivo de la Hospitalización: Depresión Entidad que Remite: Consulta externa  
Número de Hospitalizaciones: 1 Entidades: UPA Estrella

**2. RÉGIMEN AL QUE PERTENECE**

Régimen Subsidiado ☒ Contributivo ☐ Vinculado ☐ Sin Afiliación ☐ Estudio Socioeconómico ☐  
Población Especial ☐ Ficha SISBEN ☒ Nombre de la ARS ☐ Nivel 1  
Tipo de Cruce ☐ Ciudad - Departamento al que corresponde el Régimen: Bogotá  
Cundinamarca ☐ Otra Ciudad - Departamento ☐ ¿Cuál? ☐

**3. DATOS DEL FAMILIAR O REFERENTE SOCIAL**

Nombres y Apellidos: Miriam Machado Parentesco: Hermana C.C. No. 51612880 Bte  
Edad: 22 Estado Civil: Soltera Ocupación: Modistita Escolaridad: 4 Bachiller

**4. COMPOSICIÓN FAMILIAR**

| NOMBRES Y APELLIDOS         | PARENTESCO      | EDAD      | ESTADO CIVIL   | ESCOLARIDAD       | Ocupación         |
|-----------------------------|-----------------|-----------|----------------|-------------------|-------------------|
| <u>Olga Muñoz</u>           | <u>Paciente</u> | <u>40</u> | <u>Casada</u>  | <u>Técnico</u>    | <u>Modistita</u>  |
| <u>Adrián (Pérez) Muñoz</u> | <u>Padre</u>    | <u>63</u> | <u>Casado</u>  | <u>4 primaria</u> | <u>Albanil</u>    |
| <u>Susana Machado</u>       | <u>Madre</u>    | <u>66</u> | <u>Casada</u>  | <u>4 primaria</u> | <u>Hogar</u>      |
| <u>Katherine Martínez</u>   | <u>Hija</u>     | <u>18</u> | <u>Soltera</u> | <u>Bachiller</u>  | <u>Estudiante</u> |
| <u>Estefanía Martínez</u>   | <u>Hija</u>     | <u>17</u> | <u>Soltera</u> | <u>Bachiller</u>  | <u>Algunos</u>    |
| <u>Mauro Duque</u>          | <u>Hijo</u>     | <u>8</u>  | <u>Soltero</u> | <u>4 primaria</u> | <u>Estudiante</u> |
| <u>Camila Duque</u>         | <u>Hija</u>     | <u>5</u>  | <u>Soltera</u> | <u>0</u>          | <u>Estudiante</u> |
| <u>Tatiana Duque</u>        | <u>Hija</u>     | <u>3</u>  | <u>Soltera</u> | <u>0</u>          | <u>Estudiante</u> |

PERSONAS QUE HABITAN EN EL HOGAR: 8



Subgerencia de Servicios de Salud  
UPA La Estrella



## 5. DINÁMICA FAMILIAR

Relaciones Familiares:

Armónicas \_\_\_\_\_ Aceptables \_\_\_\_\_ Conflictivas X Entre Ella y el Esposo

Dinámica Interna:

Apoyo de la Familia extensa

Tipología Familiar:

Extensa

- Interacción de Afecto de choque y rechazo por la Pareja
- Comunicación Superficial
- Nivel de Interacción Malttrato físico y Psicológico de la Pareja, cooperación y apoyo de la Familia extensa

## 6. DEPENDENCIA ECONÓMICA

Ingresos de la Familia:

Salario \_\_\_\_\_ Pensión \_\_\_\_\_ del Estado \_\_\_\_\_ Donaciones \_\_\_\_\_ Familiares \_\_\_\_\_ Negocio X

Arrendamiento \_\_\_\_\_ Ventas Ambulantes \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ ¿Cual?

## 7. OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

Actividades:

Religiosas \_\_\_\_\_ Deportivas \_\_\_\_\_ Sociales \_\_\_\_\_ Comunitarias \_\_\_\_\_ Ninguna X Lectura \_\_\_\_\_

Televisión \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_ ¿Cuáles?

## 8. PACIENTE REMITIDO A:

Hospital Día \_\_\_\_\_ VD EMC \_\_\_\_\_ Consulta Externa \_\_\_\_\_ Atención en Crisis \_\_\_\_\_ Psicología \_\_\_\_\_

Otra Entidad \_\_\_\_\_

## 9. CONSULTA FAMILIAR

Día 11 ( ) Mes 02 Año 2009 Hora 11:00 a.m. \_\_\_\_\_ p.m. \_\_\_\_\_

Se citará nuevamente para el Día \_\_\_\_\_ ( ) Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m. \_\_\_\_\_

Citación N°. 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

## 10. SE ORIENTÓ A LA FAMILIA EN CUANTO:

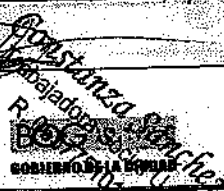
- Se le informa a la familia sobre la forma de pago en hospitalización para Sistema Nivel I
- Se le recomienda que este pendiente de la paciente

11. DOCUMENTOS PENDIENTES:

DILIGENCIADOS:

OBSERVACIONES: Problemas económico y en la Pareja

PROFESIONAL: Constanza Sanchez FIRMA: [Firma] CARGO: Trabajo Social



Subgerencia de Servicios de Salud  
Upa La Estrella



**Empresa Social del Estado**

Nit. 800 248 276-3

15-14

## EVOLUCIÓN

|                                                                       |  |                               |  |                          |  |                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|--------------------------|--|----------------------------------|--|
| Primer Apellido <b>Mora</b>                                           |  | Segundo Apellido <b>Madro</b> |  | Nombre <b>Olga Lucia</b> |  | No. HISTORIA CLINICA <b>7849</b> |  |
| SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F |  | EDAD <b>DDMM</b> <b>27</b>    |  | SALA O CUARTO <b>USA</b> |  | No. CAMA <b>3</b>                |  |

## ORDENAMIENTO

- |                                      |                                |                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 - Información dada por el paciente | 5 - Diagnóstico Presuntivo     | 9 - Cambios en el manejo del paciente                    |
| 2 - Signos vitales                   | 6 - Diagnóstico Definitivo     | 10 - Observaciones                                       |
| 3 - Hallazgos más importantes        | 7 - Revisión del Tratamiento   | 11 - Firma y Código de la persona que presta la atención |
| 4 - Complicaciones                   | 8 - Resultados del Tratamiento |                                                          |

[illegible]

**Subgerencia de Servicios de Salud**

Cll 64C Sur No. 27-32 PBX:7300000, [www.hospitalvistahermosa.gov.co](http://www.hospitalvistahermosa.gov.co), Bogotá, D.C.

## Salud para Ciudad Bolívar





# HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL

Empresa Social del Estado

## NOTAS DE LA ENFERMERIA

28497  
NUMERO DE HISTORIA CLINICA  
Munoz Machado Olga Lucia  
APELLIDOS 1° NOMBRE  
CAMA: # 3 2° SERVICIO USM

| FECHA       | HORA    | INFORMACION DE LA ENFERMERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | FIRMA Y CODIGO DE LA ENFERMERA |
|-------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 03-02-09    | 15:45hr | Ingreso paciente al Servicio de hospitalización, paciente (de) Vista para psicología en Intervención en Crisis, para Ginecología para paciente y posible hospitalización, estado depresivo, ansioso y labil, con ideas de suicidio, Valia Soledad, desesperanza y Muerte. Dr. Médico, trastorno depresivo Mayor. Se dan indicaciones generales sobre proceso de hospitalización a paciente y familia. OSU TA 100/60 FC 78x' Fz 18x' T° 37.2°C. Se administra Medicina Vía oral para disminuir la ansiedad. |                                |
|             | 19:00   | paciente dormida control                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |
|             | 20:00   | se siguen TA: 100/60 FC: 74 Fz: 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |
|             | 21:00   | acepta y tolera medicación vía oral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |
|             | 00:00   | buena sin dificultad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                |
|             | 3:30    | ala ronda de enfermería dueñen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |
| Feb. 6/09   | 7:00    | quedan paciente dormida. Control de signos vitales. Se le vuelven medidas para bienestar. Se le da Valia vía oral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |
|             | 9:40    | TA 110/60 FC 80x' Fz 20x' Deposición (+)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |
|             | 10:00   | paciente familiar. Que vive en un hogar con 4 hijos de aseo. Durante la mañana se observó de afecto apático. Valia fácil, demandas. Demandas de ayuda, seriedad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |
| 6 febrero   | 13:00   | Paciente en el comedor, buena ingesta de alimentos, colaboradora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |
|             | 14:00   | Control de signos TA 100/60 FC 80x' Fz 20x'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |
|             | 15:00   | acepta medicamento ordenado vía oral. Se observa con labilidad afectiva. Triste, de afecto ansioso, recibe visita sale al patio, sin dificultad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |
|             | 17:30   | acepta y tolera comida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |
|             | 19:00   | entrega paciente dentro del servicio diuresis (+) deposición (+)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |
| 06-Feb 2009 | 19:00   | Paciente en la unidad de hospitalización, acordado, dormida, en buen estado respiratorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                |
|             | 21:00   | Control de signos Viales TA 100/70 FC 80x' Fz 18x'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |
|             | 23:00   | acepta y tolera medicación vía oral, respone al llamado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |
|             | 24:00   | Paciente dormida en buen estado respiratorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |
|             | 24:00   | A la sala de enfermería, paciente dormida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |
|             | 24:00   | Igual paciente dormida, sin dificultad de sueño.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |
|             | 6:30    | Entrega paciente a la unidad de hospitalización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |



# HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL

Empresa Social del Estado

## NOTAS DE LA ENFERMERIA

Nº HC. 28494  
NUMERO DE HISTORIA CLINICA  
Apellido: Muñoz Machado Oleg, Eugenia  
CAMA: 13  
SERVICIO: Hospitalización

| FECHA          | HORA  | INFORMACION DE LA ENFERMERA                                                    | FIRMA Y CODIGO DE LA ENFERMERA |
|----------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 2 febrero 2009 | 7am   | Recibo paciente en cama, dormido al saludo responde                            |                                |
|                | 8:00  | acepta medicamento, y dieta se asiste baño por riesgo de caída                 |                                |
|                | 9:00  | manifiesta sentirse con mareo sale al Prado, sin dificultad de manejo          |                                |
|                | 10:00 | poco comunicativa de fondo triste                                              |                                |
|                | 11:00 | control de signos TA 90/60 FC 80 PR 20                                         |                                |
|                | 13:00 | buen ingesta de alimentos                                                      |                                |
|                | 13:00 | recibe visita sale nuevamente al Prado por momentos con llanto fácil           |                                |
|                |       | acepta medicamento ordenado vía oral                                           |                                |
|                | 17:30 | tolera la comida, completa                                                     |                                |
|                | 19:00 | entrega paciente dentro del servicio diuresis (+) deposición (+)               | Durand Ordóñez                 |
|                | 20pm  | paciente despierta de sueño somnoliento                                        |                                |
|                | 22pm  | control de signos vitales TA 110/70 PR 80 R2                                   |                                |
|                |       | diuresis (+) deposición (-)                                                    |                                |
|                | 24pm  | Tampoco ha manifestado su apetito                                              |                                |
|                | 3am   | Romora de ingesta bien por su turno                                            |                                |
|                | 7m    | Continua despierta sin dificultad                                              | M. Guzmán                      |
|                | 7m    | Queda acostada al despertar                                                    |                                |
| febrero 8-2009 | 8:00  | Se recibe paciente febril, presentando                                         |                                |
|                |       | patente, buen general, por si mismo                                            |                                |
|                |       | de acuerdo con su apetito no                                                   |                                |
|                | 9:00  | TA 90/60 FC 80 PR 20 Sep                                                       |                                |
|                |       | recibe visita de la familia en el Prado                                        |                                |
|                | 18:00 | Cama con apetito                                                               |                                |
|                | 19:00 | Entrega dentro del servicio                                                    | M. Guzmán                      |
| Febrero 8-2009 | 19:00 | Recibo paciente en la unidad de hospitalización                                |                                |
|                |       | paciente alerta, con buen estado de conciencia, en actitud de gran cooperación |                                |
|                | 21:00 | control de signos vitales TA 100/60 FC 80 PR 20                                |                                |
|                | 22:00 | Paciente dormido, con buen pulso del sueño                                     |                                |
|                | 2:00  | A la orden de enfermería, paciente dormido                                     |                                |
|                | 4:00  | Paciente dormido, con buen pulso respiratorio                                  |                                |
|                | 6:00  | Entrega paciente en la unidad de hospitalización                               |                                |
| Febrero 9-2009 | 7am   | Se recibe paciente muy despierto, que sus hábitos higiénicos                   |                                |
|                |       | de acuerdo supervisada                                                         |                                |
|                | 9:00  | TA 100/60 FC 80 PR 20 Sep                                                      |                                |
|                |       | Continua con ingesta, hipocantiva no                                           |                                |
|                |       | tolera actividad de                                                            |                                |
|                | 12:00 | Entrega paciente dentro del servicio                                           |                                |





**HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL**  
Empresa Social del Estado

12 Febre - 2009 8am

**HOJA DE REGISTRO**  
**INSUMOS Y PROCEDIMIENTOS**  
**URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN**

No. IDENTIFICACIÓN 28494

CAMA: # 3

CONSECUTIVO H.C.: \_\_\_\_\_

No. CARGO \_\_\_\_\_

SERVICIO: ☐ Par ☐ Aud ☐ Ped ☐ Psi ☐ Obs ☐ Urg

CENTRO: ☐ Can ☐ Vis ☐ Jer ☐ Man ☐ Est

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN                      | CANTIDAD | RESPONSABLE |
|--------|----------------------------------|----------|-------------|
| 1      | 14304 EH.                        |          |             |
| 2      | 19886 .VIRAL.                    | 1        |             |
| 3      | 19449 BUN                        | 1        |             |
| 4      | 19289 CREATININA                 | 1        |             |
| 5      | 19493 Glicemia                   | 1        |             |
| 6      | 19354 Glicavine 2.               | 1        |             |
| 7      | 12008 VENOYET.                   | 1        |             |
| 8      | 115013 CLONAZEPAM - FRASCO GOTAS | 1        |             |
| 9      | 115027 FLUOXETINA TABS X 20MG    | 1        |             |
| 10     | 115022 FLUPROFENO TABS X 400MG   | 3        |             |
|        | 115018 TETRACICLINA X 500MG      | 1        |             |

ANEXO  
CONTABILIDAD  
FEB 12 2009



# Hospital Vista Hermosa I Nivel

Empresa Social del Estado

Nit. 800 248 276-3

## RECETARIO

CENTRO UPA Estrella CÓDIGO BOGOTÁ D.C.  
NOMBRE Olga Julia Maza Harbado  
ID: C.C. ☒ T.I. ☐ R.C. ☐ C.E. ☐ No. 51-956-368

HOJA 10 DE 10  
FECHA 05 02 09  
DIA MES AÑO

No de HC                     

TIPO DE USUARIO Vinculado ☐  
Subsidiado ☒  
Contributivo ☐  
Otro ☐  
Cuál ☐

DIAGNOSTICO I Depresivo Mayor

URGENCIAS ☐ CONSULTA EXTERNA ☐

| No         | MEDICAMENTO           | REGIMEN DE DOSIFICACIÓN (CONCENTRACIÓN, FORMA FARMACÉUTICA, DOSIS, FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN, TIEMPO DE TRATAMIENTO) | CANTIDAD |        |
|------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|
|            |                       |                                                                                                                         | NUMEROS  | LETRAS |
| <u>S/S</u> | <u>Oxido Hematico</u> | <u>UOL</u>                                                                                                              |          |        |
|            | <u>Bio Creatinina</u> | <u>Glicemia</u>                                                                                                         |          |        |
|            |                       | <u>Glicemia</u>                                                                                                         |          |        |

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL  
ESTA FORMULA TIENE VIGENCIA DE 48 HORAS

Cll 64C Sur No. 27-32 PBX:7300000, www.hospitalvistahermosa.gov.co, Bogotá

Salud para Ciudad Bolívar

JUAN AGUIRRE M  
Médico de Pediatría  
C. 19/01/75 de Bta

FTO-SSS-SR-019-v2



# Hospital Vista Hermosa I Nivel

Empresa Social del Estado

Nit. 800 248 276-3

## LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE *Olga Lucía Muñoz*

FECHA *6-02-2009*

No. *51*

IDENTIFICACIÓN

EDAD

A.R.S.

### HEMOGRAMA

|                 |      |
|-----------------|------|
| Hematocrito     | %    |
| Hemoglobina     | G%   |
| Blancos         | mm3  |
| V.S.G.          | mm1h |
| Diferencial     |      |
| Neutrófilos     | %    |
| Linfocitos      | %    |
| Monocitos       | %    |
| Eosinófilos     | %    |
| Basófilos       | %    |
| Otros           | %    |
| R. Plaquetas    | mm3  |
| Retículo        | %    |
| Grupo Sanguíneo |      |
| Factor RH       |      |

### COPROLOGICOS

#### COPROLOGICO 1

|                  |  |
|------------------|--|
| Color            |  |
| Consistencia     |  |
| Olor             |  |
| Moco             |  |
| Levaduras        |  |
| Micelios         |  |
| Leucocitos       |  |
| Hemates          |  |
| Azúc. Reductores |  |
| Bacterias        |  |
| Otros            |  |

#### COPROLOGICO 2

|                  |  |
|------------------|--|
| Color            |  |
| Consistencia     |  |
| Olor             |  |
| Moco             |  |
| Levaduras        |  |
| Micelios         |  |
| Leucocitos       |  |
| Hemates          |  |
| Azúc. Reductores |  |
| Bacterias        |  |
| Otros            |  |

#### PARASITOLOGICO

#### PARASITOLÓGICO

### QUIMICA SANGUINEA

|                  |  |
|------------------|--|
| Glicemia         |  |
| Cololesterol     |  |
| Triglicéridos    |  |
| Acido Urico      |  |
| BUN              |  |
| Creatinina       |  |
| Cololesterol HDL |  |

### INMUNOLOGIA

Serología V.D.R. *NO Reactiva*  
Prueba de embarazo *negativa*

### FROTIS FLUJO VAGINAL FRESCO

|              |           |            |      |
|--------------|-----------|------------|------|
| pH           |           | Levaduras  |      |
| Células Giza |           | Micelios   |      |
| Trichomonas  |           | Bacterias  |      |
| Leucocitos   | 1 - 5 x c | 6 - 10 x c | Otro |

#### GRAM

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Lactobacilos               |  |
| Cocobacilos Gram Negativos |  |
| Mobilicoccus sp.           |  |
| Cilos diferentes           |  |
| Diplococos Gram Negativos  |  |
| Otros                      |  |

#### CONCEPTO

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Frotis Norma            |  |
| Vaginosis Bacteriana    |  |
| Vaginitis x Trichomonas |  |
| Vaginitis x Candida sp. |  |
| Vaginitis Bacteriana    |  |
| Vaginitis Inespecifica  |  |

### UROANALISIS

|         |  |          |  |
|---------|--|----------|--|
| Color   |  | pH       |  |
| Aspecto |  | Densidad |  |

#### UROQUIMICO

|              |  |               |  |
|--------------|--|---------------|--|
| Proteinas    |  | Bilirrubinas  |  |
| Hemoglobina  |  | Urobilinógeno |  |
| Glucosa      |  | Nitritos      |  |
| C. Celónicos |  | Otros         |  |

#### MICROSCOPICO

|                |  |             |  |
|----------------|--|-------------|--|
| C. Epiteliales |  | Levaduras   |  |
| Leucocitos     |  | Trichomonas |  |
| Hemates        |  | Cilindros   |  |
| Bacterias      |  | Cristales   |  |
| Moco           |  |             |  |

#### OTROS

Profesional

Profesional

Profesional

Profesional

Subgerencia de Servicios de Salud

Cll 64C Sur No. 27-32 PBX: 7300000, www.hospitalvistahermosa.gov.co, Bogotá, D.C.

Salud para Ciudad Bolívar

FTO-SSS-SP-600-V2

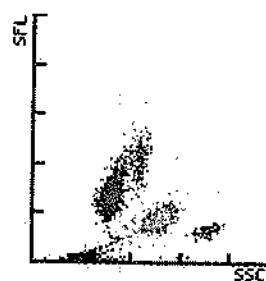
ID Muestra: 51  
ID.Pac.:  
Nomb:  
Coment.:

Rack: 9    Tubo: 3    06/02/2009 10:52:29  
Sala:    Dr.:  
Fech.Nac.:    Sex:  
ID analizador: XT-1800i-1

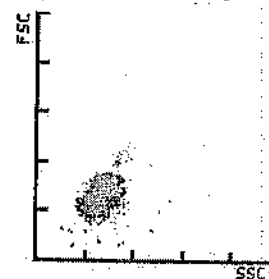
Negativa

|        |      |                       |      |     |
|--------|------|-----------------------|------|-----|
| WBC    | 5.77 | [10 <sup>3</sup> /uL] |      |     |
| RBC    | 4.84 | [10 <sup>6</sup> /uL] |      |     |
| HGB    | 14.8 | [g/dL]                |      |     |
| HCT    | 45.2 | [%]                   |      |     |
| MCV    | 93.4 | [fL]                  |      |     |
| MCH    | 30.6 | [pg]                  |      |     |
| MCHC   | 32.7 | [g/dL]                |      |     |
| PLT    | 258  | [10 <sup>3</sup> /uL] |      |     |
| RDW-SD | 45.2 | [fL]                  |      |     |
| RDW-CV | 13.6 | [%]                   |      |     |
| MPV    | 10.2 | [fL]                  |      |     |
| NEUT   | 2.64 | [10 <sup>3</sup> /uL] | 45.6 | [%] |
| LYMPH  | 2.56 | [10 <sup>3</sup> /uL] | 44.4 | [%] |
| MONO   | 0.43 | [10 <sup>3</sup> /uL] | 7.5  | [%] |
| EO     | 0.13 | [10 <sup>3</sup> /uL] | 2.3  | [%] |
| BASO   | 0.01 | [10 <sup>3</sup> /uL] | 0.2  | [%] |

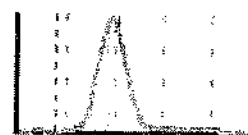
DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



2

HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL E.S.E.  
LABORATORIO CLINICO

06/02/09 10:11  
E259 0-092 S/Pl  
51 ESTRELLA

| TEST             | RESULT | UNIDADES | VAL. REFERENCIA | AVISOS |
|------------------|--------|----------|-----------------|--------|
| GLUCOSA          | 72     | mg/dl    | 70-             | 110)   |
| NITROGENO UREICO | 11.5   | mg/dl    | 6-              | 15)    |
| CREATININA       | 0.90   | mg/dl    | 0.5-            | 1.2)   |



# HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL

Empresa Social del Estado

## NOTAS DE LA ENFERMERIA

# 2894  
NUMERO DE HISTORIA CLINICA  
APELLIDOS: Hurtado 1°  
CAMA: 128 03 2°  
NOMBRE: Olga Lucia  
SERVICIO: Hospitalrecun

| FECHA           | HORA  | INFORMACION DE LA ENFERMERA                                                                                                 | FIRMA Y CODIGO DE LA ENFERMERA |
|-----------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| FEBRERO 09-2009 | 13:00 | RECIBO PACIENTE EN EL COMEDOR BUENA INGESTA DE ALIMENTOS PACIENTE COLABORADORA INTEGRADA SIN DIFICULTAD DE MANEJO.          |                                |
|                 | 14:00 | TOMA DE SIGNOS VITALES T.A 80/60 FC 90X1 EN 18X1 DIURESIS (+) DEPOSICION (-)                                                |                                |
|                 | 16:00 | PASA LA TARDE EN LA SALA. SALE A RECIBIR CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA RECIBE VISITA FAMILIAR. BUENA INGESTA DE ALIMENTOS.  |                                |
|                 | 19:00 | ENTREGO PACIENTE DENTRO DEL SERVICIO                                                                                        | Benny Suarez                   |
|                 | 20:00 | Recibo paciente levemente manifestar sensacion de angustia de control de signos vitales TA 110/60 P 84 R 20 eliminacion (-) |                                |
|                 | 22:00 | Toma de medicamentos sin dificultad.                                                                                        |                                |
|                 | 24:00 | Ronda de enfermeras buen estado de sueño                                                                                    |                                |
|                 | 2/4   | Paciente con dificultad de deambular el Sr. Aguirre asiste 10 grs de clonazepam.                                            |                                |
|                 | 4:00  | Continúa durmiendo sin dificultad.                                                                                          |                                |
|                 | 7:00  | Despierta al despertar.                                                                                                     | mgm m.                         |
| FEBRERO 10-2009 | 7:00  | RECIBO PACIENTE ACOSTADA RESPONDE AL SALUDO PACIENTE CON IRASION AFECTIVA LLANTO. REALIZA BAÑO GENERAL EN OUCHA.            |                                |
|                 | 8:15  | ACEPTA DIETA VIA ORAL BUENA INGESTA.                                                                                        |                                |
|                 | 9:00  | ACEPTA MEDICAMENTO VIA ORAL ORDENADO.                                                                                       |                                |
|                 | 11:00 | PARTICIPA EN ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL TOMA DE SIGNOS VITALES T.A 100/70 FC 80 EN 18 DIURESIS (+) DEPOSICION (+)   |                                |
|                 | 13:00 | ENTREGO PACIENTE DENTRO DEL SERVICIO                                                                                        | Carmel Suarez                  |
| FEBRERO 10-2009 | 13:00 | RECIBO PACIENTE EN EL COMEDOR BUENA INGESTA DE ALIMENTOS PACIENTE COLABORADORA INTEGRADA CON IRASION AFECTIVA TRISTE.       |                                |
|                 | 14:00 | TOMA DE SIGNOS VITALES T.A 110/70 FC 80X1 EN 18X1 DIURESIS (+) DEPOSICION (-)                                               |                                |
|                 | 16:00 | PARTICIPA EN ACTIVIDADES PASA LA TARDE EN LA SALA SIN DIFICULTAD DE MANEJO. BUENA INGESTA DE ALIMENTOS.                     |                                |
|                 | 19:00 | ENTREGO PACIENTE DENTRO DEL SERVICIO                                                                                        | Benny Suarez                   |
| FEBRERO 10-09   | 20:00 | Paciente acostada con aliato                                                                                                |                                |
|                 | 21:00 | Control de signos TA: 90/60 FC: 80 FR: 20                                                                                   |                                |
|                 | 22:00 | acepta y tolera medic via oral                                                                                              |                                |
|                 | 00:00 | paciente sin dificultad                                                                                                     |                                |
|                 | 3:45  | ala ronda de enfermeria de noche                                                                                            |                                |
|                 | 7:00  | quedó paciente organizando se                                                                                               | Martha Beltr                   |



# HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL

Empresa Social del Estado

## NOTAS DE LA ENFERMERIA

|                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| 28494                      |                                  |
| NUMERO DE HISTORIA CLINICA |                                  |
| Apellido: <u>Mejor</u>     | Nombre: <u>Olga Lucia</u>        |
| CAMA: <u>3</u>             | SERVICIO: <u>Hospitalización</u> |

| FECHA           | HORA   | INFORMACION DE LA ENFERMERA                                                                                                                                           | FIRMA Y CODIGO DE LA ENFERMERA                       |
|-----------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Feb 11 2009     | 7am    | Se recibe paciente lúcido, orientado a persona, de afecto, deprimido, no tiene ganas por sí misma.                                                                    |                                                      |
|                 | 9+30   | TA 100/60 FC 80 PR 70 Dep. recibió visita de la familia. Salvo defectos mayores.                                                                                      |                                                      |
|                 | 13:00  | Entrega paciente dentro del servicio.                                                                                                                                 |                                                      |
| Febrero 11-2009 | 13:00  | Recibe paciente deambulando por el servicio. Colaboradora integradora sin dificultad de género.                                                                       | Nohor Pineda<br>Especialista Auxiliar<br>R03 157/A39 |
|                 | 14:30  | ACEPTA DIETA VIA ORAL. BUENA INGESTA DE ALIMENTOS.                                                                                                                    |                                                      |
|                 | 14:00  | TOMA DE SIGNOS VITALES TA 90/60 FC 80 PR 18X1. INGESTA (+) DEPOSICION (-)                                                                                             |                                                      |
|                 | 16:00  | PARTICIPA EN ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL PACIENTE.                                                                                                             |                                                      |
|                 | 20pm   | Recibe paciente, logotipo integrado al grupo control de signos vitales TA 100/60 PR 80 R 21.                                                                          |                                                      |
|                 | 22pm   | Toma de cheques sin dificultad.                                                                                                                                       |                                                      |
|                 | 24m    | Rompele enfermería, buen pulso.                                                                                                                                       |                                                      |
|                 | 3am    | Continúa durmiendo. Buen pulso.                                                                                                                                       |                                                      |
| Febrero 12-09   | 7am    | Paciente despierta, alerta, sin                                                                                                                                       | Ingum                                                |
|                 | 7:30am | Paciente acostada durmiendo.                                                                                                                                          |                                                      |
|                 | 8:00   | Se realiza baño general en duchas. Acepta y tolera medicación oral.                                                                                                   |                                                      |
|                 | 9:00   | control de signos TA 100/60 FC 80 PR 20                                                                                                                               |                                                      |
|                 | 10:00  | participa y tolera terapia ocupacional. Paciente ansiosa, inquieto, es                                                                                                |                                                      |
|                 | 11:20  | valorada por el Dr. ordena medicación. Se accede a puente de despi.                                                                                                   |                                                      |
|                 | 12:30  | esta acepta y tolera medicación. dieta                                                                                                                                |                                                      |
|                 | 13:00  | quiere paciente cuando se le                                                                                                                                          | participa                                            |
| 12-febrero      | 13:00  | Recibe paciente en la sala viendo televisión.                                                                                                                         |                                                      |
|                 | 13:30  | buenas ingestas de alimentos, colaboradora.                                                                                                                           |                                                      |
|                 | 14:30  | control de signos TA 90/60 FC 80 PR 18X1                                                                                                                              |                                                      |
|                 | 15:30  | familiar tramita salida definitiva. paciente continuará tratamiento en intervención en crisis por psicología. Salir por sus propios medios, sin dificultad de manejo. | Amora Orozco                                         |



**SERVICIO DE PSICOLOGÍA  
EVOLUCIÓN**

*Alvarado*

*Yachado*

*Olea Lucía*

*28494*

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO O DE CASADA

NOMBRES

Nº. DE HISTORIA CLÍNICA

SEXO: F ☒ M ☐

EDAD:

*37*

Días Meses Años

FECHA

*29 01 08*

DÍA MES AÑO

SESIÓN Nº. *5*

INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL ☒

FAMILIAR ☐

SUBSISTEMA ☐

*No amnésica*  
*29-01-08: Sesión 5. Paciente acude a consulta. Se efectúa revisión de su caso personal acordando un nuevo método de acto surtido o autoevaluación, que se incluye en el orden de control emocional y manejo de estos momentos externos conllevando a su relación. Indefinición de obtención favorable.*

FECHA

*30 01 09*

DÍA MES AÑO

SESIÓN Nº. *6*

INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL ☒

FAMILIAR ☐

SUBSISTEMA ☐

*Paciente acude a consulta con alta afectación por su situación de pareja, que supera sus capacidades de manejo, por lo cual se realiza sesión de ordenamiento y aplicación de ejercicios y relajación para el control emocional.*

FECHA

*02 02 09*

DÍA MES AÑO

SESIÓN Nº. *7*

INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL ☒

FAMILIAR ☐

SUBSISTEMA ☐

*La paciente presenta en culpabilización por situación actual, siendo por ello manipulada a su vez por su pareja, quien no ha respondido a su rol y continúa en situaciones de evasión. Se intenta con poco éxito la mediación emocional, por lo cual se programan en próximas sesiones de trabajo personal y posterior terapia relacional.*

BOGOTÁ  
GOBIERNO DE LA CIUDAD

Subgerencia de Servicios de Salud

*Idelmar López P*  
PSICÓLOGO NACIONAL  
T.P. 9457280



SERVICIO DE PSICOLOGÍA  
EVOLUCIÓN

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO O DE CASADA

NOMBRES

Nº. DE HISTORIA CLÍNICA

SEXO: F M

EDAD:

Días Meses Años

FECHA

02 08  
DÍA MES AÑO

SESIÓN Nº. 8

INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL

FAMILIAR

SUBSISTEMA

Reporte reforma de su orde apersonal en ystia ciudad  
y la cuenta de liberación para cada al Comisero de Juro  
en que nig la franca posibilidad de ser más libre aunque  
con mucho de ne expeso que no le permitio toda la re  
fuerza para sobre su proceso personal.  
Se desayen elementos de sentido por el cambio de  
cognitio ahora que se enciende en un mundo abstracto.

FECHA

02 08  
DÍA MES AÑO

SESIÓN Nº.

INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL

FAMILIAR

SUBSISTEMA

Reporte de la reforma de su orde apersonal en ystia ciudad  
y la cuenta de liberación para cada al Comisero de Juro  
en que nig la franca posibilidad de ser más libre aunque  
con mucho de ne expeso que no le permitio toda la re  
fuerza para sobre su proceso personal.  
Se desayen elementos de sentido por el cambio de  
cognitio ahora que se enciende en un mundo abstracto.

FECHA

02 08  
DÍA MES AÑO

SESIÓN Nº.

INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL

FAMILIAR

SUBSISTEMA

Reporte de la reforma de su orde apersonal en ystia ciudad  
y la cuenta de liberación para cada al Comisero de Juro  
en que nig la franca posibilidad de ser más libre aunque  
con mucho de ne expeso que no le permitio toda la re  
fuerza para sobre su proceso personal.  
Se desayen elementos de sentido por el cambio de  
cognitio ahora que se enciende en un mundo abstracto.

Unidad de atención en salud

BOGOTÁ, D.C.  
GOBIERNO DE LA CIUDAD

Subgerencia de Servicios de Salud

CIL 646 Sur No. 27-32 PBX: 730 0000. www.hospitalvistahermosa.gov.co Bogotá, D.C., Colombia

Salud para Ciudad Bolívar



**Hospital Vista Hermosa / Nivel**  
Empresa Social del Estado

Nit. 800 248 276-3

**SERVICIO DE PSICOLOGIA  
EVOLUCION**

1er. APELLIDO: Mejor 2do. APELLIDO O DE CASADA: Machado NOMBRES: Olga Lucia No. HISTORIA CLINICA: 28494  
SEXO: F    M    EDAD: 39  
Días Meses Años

FECHA: 30 05 2000 SESION No. 2 INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL    FAMILIAR    SUBSISTEMA   

Historia Personal:  
Menor de 4 hermanos + 2 hermanas, con quien la relación es más bien distante.

Padre: "El me pegaba mucho. Cuando yo nací a mi mamá le dio cáncer en la madre."  
"Cuando yo me desarrollé el primo que yo no veía en el papá y me dio 'dormido' → va a vivir con su hermana mayor + la → 'Miconatidad' la vive con la primera persona que aparece."

FECHA:          SESION No.    INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL    FAMILIAR    SUBSISTEMA   

Cuidada por amigos del padre ante necesidad de cuidado por incapacidad de la madre. Mantuvo con el primario su nota divorciada por OH 7 meses. A los 15 años queda en embarazo de su 1ª hija, con hombre amigo de su infancia, embarazada permanentemente y a quien le cedió asco en el terreno sexual. Continúa relación con el hombre con quien se casó.

FECHA:          SESION No.    INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL    FAMILIAR    SUBSISTEMA   

Relación de la relación y evolución de la relación en su caso.  
3ª de embarazo con primo lejano con quien mantiene relación a punto de casarse, debido a su presencia a relación de este con Mauricio, su esposo, a partir de lo cual conoce y profundiza la relación → infidelidad de Carlos. Se interviene sobre elementos centrales de esta historia.

Debrando López P  
PSICOLOGA  
IP 73457280



SERVICIO DE PSICOLOGIA  
EVOLUCION

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO O DE CASADA

NOMBRES

No. HISTORIA CLINICA

SEXO: F M

EDAD:

Días Meses Años

FECHA:

28/01/99

SESION No. 3

INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL

FAMILIAR

SUBSISTEMA

Continúa viniendo de la hiperpersonalidad  
Queda en evidencia de la primera etapa de desarrollo  
en el momento de él ise a su entorno vital. Lo  
cual le hizo arbor en aspectos "igual a lo que  
estoy viviendo ahora".  
La separación muy dolorosa pero aceptada luego de  
periodo de adaptación.

FECHA:

28/01/99

SESION No.

INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL

FAMILIAR

SUBSISTEMA

Accidente de su tipo en que le prometió a la vida  
que dedicaría a Dios si se salvaba, y no llevaría la  
ida de Mauricio.  
Se abren preguntas en el orden de  
activar resistencia posible.

Idelbrande Lopez P  
PSICOLOGO NACIONAL  
T.P. 75467260

FECHA:

28/01/99

SESION No. 4

INTERVENCIÓN: INDIVIDUAL

FAMILIAR

SUBSISTEMA

El trabajo sobre la pregunta ordenada  
reflexión importante sobre sus capacidades  
de afrontamiento, aunque persiste su  
escasa participación, lo que debe trabajarse  
en forma continua.

Idelbrande Lopez P  
PSICOLOGO NACIONAL  
T.P. 75467260



## HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL

Fecha D 20 M 01 A 09

Nº de Historia Clínica 28494

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Primer Apellido Munoz Segundo Apellido o de Casada Machado Nombres Olga Lucia Sexo M ☒ F

Edad 37 Fecha de Nto. D 16 M 08 A 69 Lugar de Nto. BZA. Estado Civil Parado

Informante Pte. Teléfono 7805774 Procedencia BZE

Ocupación Confecion Escolaridad Prof. Analista Secretaria. Me.

Religión: Cruciana NP. Vivienda: Propia: Arriendo: Familiar: Otro:

### II. MOTIVO DE CONSULTA (Versión inicial del consultante):

"Mi esposo empezó a darme mal. Se me sube un calor en la cabeza y me da temblor y ganas de suicidarme."

### III. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA Y/O ENFERMADAD ACTUAL

Quemada de la parte de la cabeza con un calor y temblor de pronto episodio en el que redobla a su esposo por incompatibilidad familiar, el cual

### IV. ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLÓGICOS: NO.

QUIRÚRGICOS: NO.

ALÉRGICOS: NO.

TOXICOS: CIGARRILLO: ALCOHOL: SPA: NO.

ACCIDENTES: NO.

HOSPITALIZACIONES: Postnatal a 14 días de vida.

FARMACOLÓGICOS: Amidiprina

G/O FUR: Enfermo 8. G3 P5 C2 A D V O M D PLANIFICACIÓN: NO.

OTROS: Cephalo Prevenite (Preservativo?)

### V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Abuela materna: "ella en la vida pudo conseguirse una medicina: Deprenol."

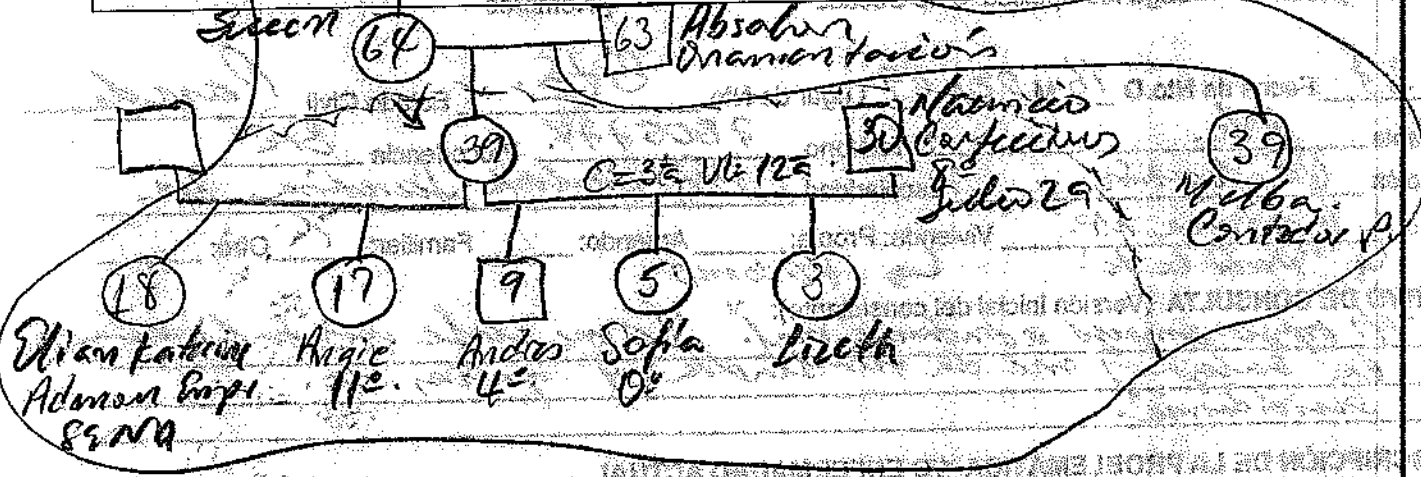
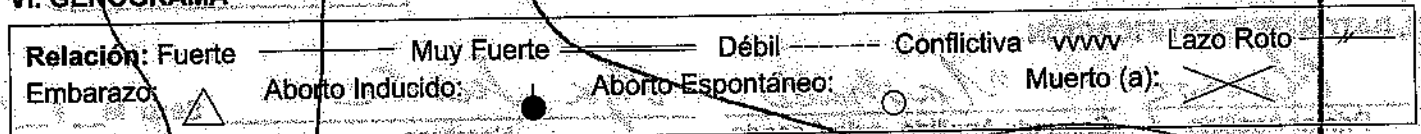


Subgerencia de Servicios de Salud



## HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL

### VI. GENOGRAMA



### VII. HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR (Relaciones familiares, vinculación afectiva, creencias, roles, hábitos, ocupación del tiempo libre, dinámica familiar, historia académica, historia ocupacional)

Triste con el hijo como causa de su situación actual.

"No quisiera hacer nada" "Mucho tiempo por saber qué va a pasar" → Sent. Culpa.

"Yo intento no pensar en eso pero no puedo"

Yo como si mi vida dependiera de él.

23-07-09: No asistió.

Se comunica telefónicamente.

Habrando  
Bogotá  
07917200



## HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL

### VIII. EXÁMEN FÍSICO:

TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Tº: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ KG TALLA: \_\_\_\_\_ CM

CABEZA - CUELLO: \_\_\_\_\_

CARDIOPULMONAR: \_\_\_\_\_

ABDOMEN: \_\_\_\_\_

EXTREMIDADES: \_\_\_\_\_

NEUROLÓGICO: \_\_\_\_\_

### IX. EXÁMEN MENTAL

ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta

ORIENTACIÓN: Personada

PORTE Y ACTITUD: Celebradora

AFECTO: Triste. Marcada. Depresión. Llanto fácil.

LENGUAJE: Coherente

MEMORIA: No mala

PENSAMIENTO: Ideas de muerte y suicidialidad.

SENSOPERCEPCIÓN: Insuficiente. Alteración general episódica.

INTROSPECCIÓN - PROSPECCIÓN: Introspección normal. Proyección alterada.

JUICIO - REALIDAD: Conservado

CONDUCTA MOTORA: Normal

PATRÓN DE SUEÑO: Insomnio de conciliación y mantenimiento.

PATRÓN DE ALIMENTACIÓN: Inapetente.

### X. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

I-DX: F32.3 Episodio depresivo grave sin pánico

1 - EJE I

2 - EJE II

3 - EJE III

4 - EJE IV

5 - EJE V



## HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL

### XI. PLAN DE MANEJO

#### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

Paciente que presenta depresión grave asociada a disfunción recurrente de pareja que amenaza con disolución de la unión, en un marco de alto

#### OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

alta dependencia emocional de su esposa, fundada en historia familiar personal de matrimonio que debe basarse como centro de la curación posible.

#### ACTIVIDADES:

Terapia reconstructiva

logoterapia

PM

No requiere manejo farmacológico

#### FIRMA SELLO EQUIPO TERAPÉUTICO:

Dr. Andrés López P.  
PERCULADO  
T.P. 10457280



Subgerencia de Servicios de Salud



ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR  
CASA DE JUSTICIA

COORDINACIÓN CASA DE JUSTICIA



ALCALDIA MAYOR  
BOGOTÁ D.C.  
SECRETARIA  
GOBIERNO

FORMATO DE REMISIÓN EXTERNA INTERINSTITUCIONAL

Bogotá D.C. 5 mayo - 2004

REGISTRO No. 37548

Señores

UPA - la Estrella

Dirección Carrera 18F # 72-63 Sur

Barrio/sector la Estrella

Ciudad

Teléfono 7618063-7618053

Asunto: **SOLICITUD DE RECEPCIÓN DE CASO**

Respetados Señores:

Con el presente oficio estamos remitiendo a: Gloria Lucía Muñoz Machado  
Identificado/a con la C.C. No: 51.965.368 de Bogotá para que de  
conformidad con las competencias de su institución y con el procedimiento establecido por la Ley se  
adelanten las acciones legales correspondientes y se brinde al/la/los afectado/a/s, la atención  
requerida.

El usuario solicita la intervención institucional para resolver un asunto relacionado con:

apoyo psicológico urgente a víctima de maltrato psicológico  
general por abuso. Presunta ideación autolítica.

Nota: A solicitud de la consultante se realiza breve intervención  
donde se identifica depresión e ideación suicida por dificultades  
con la pareja relacionadas con V.I.F.

Atentamente,

*Maria Elena*  
*Rodriguez Pinilla*  
PSICÓLOGA CLÍNICA  
R.P. 52101367

Marco Muñoz

Nombre del Funcionario que Remite  
CENTRO DE RECEPCIÓN E INFORMACIÓN  
Teléfono: 7 18 23 39

FORMATO DE REMISIÓN EXTERNA INTERINSTITUCIONAL

*Bogotá sin indiferencia*

Trasversal 73 No. 70A - 04 Sur  
Tels. 718 23 39 - 718 23 57

*Bogotá sin hambre*



### REMISIÓN CONSULTA EXTERNA

De acuerdo con el Artículo 27: Derecho a la salud, que menciona "todos los niños, niñas y Adolescentes tienen derecho a la salud integral..." (Ley 1098 de 2006) y el Artículo 13:  
Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental.

FECHA DE REMISIÓN: 16/06/2022

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: LISETH TATIANA DUQUE MUÑOZ EDAD: 16 años

CURSO: 1102 DOCUMENTO: 1028782372 EPS NUEVA EPS

ESPECIALIDAD A LA QUE SE REMITE:

NEUROLOGÍA: \_\_\_\_\_

PSIQUIATRÍA: \_\_\_\_\_

FONOAUDIOLOGÍA: \_\_\_\_\_

PSICOLOGÍA FAMILIAR: X

TERAPIA OCUPACIONAL: \_\_\_\_\_

PSICOLOGÍA: \_\_\_\_\_

MEDICINA GENERAL: X

ENFERMERÍA: \_\_\_\_\_

TRABAJO SOCIAL: \_\_\_\_\_

PEDIATRÍA: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE REMISIÓN:

SE SOLICITA VALORACIÓN PSICOLOGICA YA QUE SE EVIDENCIA SINTOMAS DE ANSIEDAD, DIFICULTADES DE SALUD EN LA ADOLESCENTE, REPORTA PROBLEMAS EN LA INTERACCIÓN CON EL GRUPO ESCOLAR, EN CONTEXTO FAMILIAR SEPARACIÓN DE NUCLEO FAMILIAR QUE SE LLEVA A CABO DE FORMA INADECUADA, PROVOCANDO DISFUNCIONALIDADES EN LA FAMILIA, MADRE REPORTA ENFERMEDAD, ACCIDENTE DE ABUELO MATERNO CON LIMITACIÓN PARA EL MOVIMIENTO.

DATOS DEL ACUDIENTE O ACOMPAÑANTE: OLGA LUCIA MUÑOZ

PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE: PADRES \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_

*Yenny Shirley Marino C.*  
Orientadora Escolar

FIRMA DEL PROFESIONAL  
Mg. Psicología y Educación

*Olga Lucia Muñoz*  
51.965.368.810  
FIRMA DEL ACUDIENTE O  
ACOMPAÑANTE