



NUR <11001-60-00-013-2018-10918-00
Ubicación 24605
Condenado MARCO ANTONIO PUERTO VASQUEZ
C.C # 80770583

CONSTANCIA TRASLADO REPOSICIÓN

A partir de hoy 21 de Enero de 2022, quedan las diligencias en secretaría a disposición de quien interpuso recurso de reposición contra la providencia del NUEVE (9) de NOVIEMBRE de DOS MIL VEINTIUNO (2021), por el término de dos (2) días de conformidad a lo dispuesto en el Art. 189 inciso 2° del C.P.P. Vence el día 24 de Enero de 2022.

Vencido el término del traslado, SI NO se presentó sustentación del recurso.

SECRETARIA (E)


LUCY MILENA GARCIA DIAZ

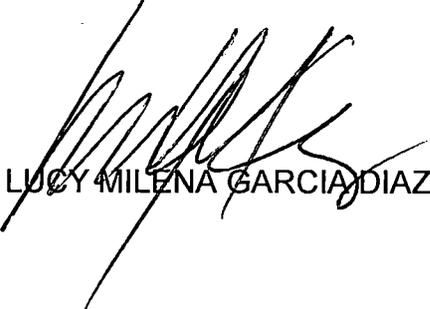
NUR <11001-60-00-013-2018-10918-00
Ubicación 24605
Condenado MARCO ANTONIO PUERTO VASQUEZ
C.C # 80770583

CONSTANCIA TRASLADO REPOSICIÓN

A partir de hoy 25 de Enero de 2022, quedan las diligencias en secretaría a disposición de los demás sujetos procesales por por el término de dos (2) días de conformidad a lo dispuesto en el Art. 189 inciso 2° del C.P.P. Vence el 26 de Enero de 2022.

Vencido el término del traslado, SI NO se presentó escrito.

EL SECRETARIO(A)


LUCY MILENA GARCIA DIAZ

Condición de Sentencia	: 11001-60-00-013-2018-10918-00 (NI 24605)
Condenado	: MARCO ANTONIO PUERTO VASQUEZ
Identificación	: 80770583
Juzgadores	: JUZGADO 1 PENAL DEL CIRCUITO CON FUNCION DE CONOCIMIENTO DE BOGOTA D.C
Delito (s)	: FABRIC, TRÁFICO O PORTE ILEGAL ARMAS O MUNICIONES, FALSEDAD MARCARIA, RECEPCIÓN, HURTO CALIFICADO AGRAVADO
Resolución	: REVOCA PRISION DOMICILIARIA
Ubicación	: PRISION DOMICILIARIA BOGOTA D.C. Calle 48 P Sur número 3 – 60, interior 2, apartamento 204, barrio Molinos 2 (Dirección Nueva) y/o Calle 48 N número 3 – 60 Sur (Dirección Antigua) de esta ciudad

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO PRIMERO DE EJECUCIÓN DE PENAS Y MEDIDAS DE
SEGURIDAD DE BOGOTÁ**



Bogotá, D.C., Noviembre nueve (9) de dos mil veintiuno (2021)

ASUNTO

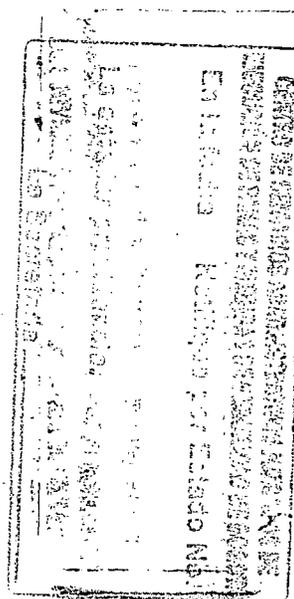
Se encuentran las diligencias al Despacho con el fin de emitir pronunciamiento en torno a la eventual **REVOCATORIA DE LA PRISIÓN DOMICILIARIA** otorgada al sentenciado **MARCO ANTONIO PUERTO VASQUEZ**.

ANTECEDENTES

Este despacho ejecuta la pena de sesenta (60) meses de prisión que, por los delitos de hurto calificado agravado, porte ilegal de armas de fuego, receptación y falsedad marcaria, impuso a **MARCO ANTONIO PUERTO VASQUEZ** el Juzgado 1º Penal del Circuito de Conocimiento de esta ciudad en sentencia de 14 de febrero de 2019.

Por cuenta de esta actuación, el condenado viene privado de la libertad desde el 6 de agosto de 2018 y a su favor se reconocieron cuatro (4) meses y trece (13) días como redención de pena en proveído del pasado 12 de noviembre.

Mediante auto del 24 de diciembre de 2020 esta agencia judicial le otorgó el beneficio de la prisión domiciliaria previsto en el artículo 38G del Código Penal, en la «Calle 48 P Sur número 3 – 60, interior 2, apartamento 204, barrio Molinos 2 (Dirección Nueva) y/o Calle 48 N número 3 – 60 Sur (Dirección Antigua) de esta ciudad».



Con ocasión al oficio 2021IE0142575 de fecha 22 de julio de 2021 el área de Vigilancia Electrónica CERVI, indicó que el encartado presentó transgresiones por eventos de violación del área de inclusión el día 23 de mayo de 2021 y, por batería agotada o sin comunicación para las días 23, 24 y 28 de mayo de 2021 y 05 de julio del mismo año.

En razón de tal reporte, en providencia de 13 de agosto de 2021, el despacho dispuso correr el traslado previsto en el artículo 477 del Código de Procedimiento Penal de 2004, trámite al que se dio inicio el 3 de noviembre de 2020, concediéndole un término de tres (3) días para que el condenado ejerciera su derecho de defensa y contradicción frente a los presuntos incumplimientos al régimen de prisión domiciliaria reportados por los funcionarios del establecimiento carcelario.

ARGUMENTOS DEL CONDENADO

A través de correo electrónico institucional se recibió una declaración extrajuicio rendida por la señora Amparo Vasquez Duque – progenitora del penado – ante el notario 55 del Circulo de Bogotá por cuyo medio manifestó que para los días de las transgresiones: 23, 24 y 28 de mayo de 2021, su hijo **PUERTO VASQUEZ** la había acompañado a unas diligencias médicas - *curaciones e incapacidades*, no obstante, se advierte desde ahora que por conducto del fulminado no se arribó escrito alguno en ese sentido.

CONSIDERACIONES

El artículo 38 de la ley 599 de 2000 (sin la modificación introducida por el artículo 22 de la Ley 1709 de 2014) si bien consagraba la figura de la prisión domiciliaria como sustituta de la prisión y los requisitos para su otorgamiento, también preveía la posibilidad de cesar los efectos derivados de su otorgamiento cuando se dieran las condiciones para ello. Rezaba, en su parte pertinente, la norma en comentario:

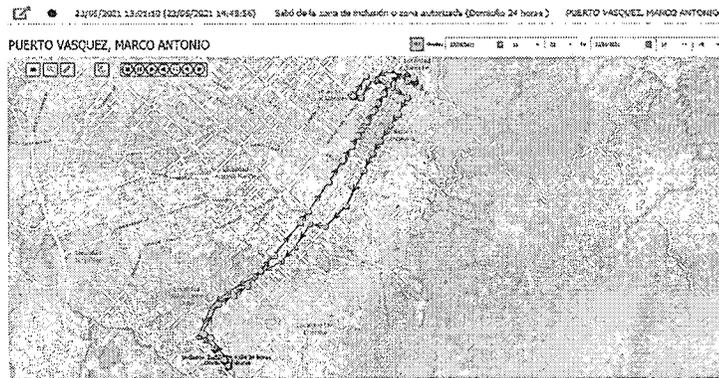
Quando se incumplan las obligaciones contraídas, se evada o incumpla la reclusión o fundadamente aparezca que continúa desarrollando actividades delictivas, se hará efectiva la pena de prisión.

Por su parte el artículo 29 A de la Ley 65 de 1993, en el inciso tercero, indica que «en caso de salida de la residencia o morada, sin autorización judicial, desarrollo de actividades delictivas o

incumplimiento de las obligaciones inherentes a esta pena, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC, dará inmediato aviso al juez de ejecución de penas y medidas de seguridad, para efectos de su revocatoria» (Subrayadas del despacho).

Con fundamento en el oficio 2021IE0142575 de fecha 22 de julio de 2021 proveniente del área de Vigilancia Electrónica CERVI, este Juzgado dispuso correr traslado al penado para que expresara las razones por las cuales los días 23, 24 y 28 de mayo de 2021 y 05 de julio de 2021, su dispositivo de vigilancia electrónica reportó una alerta por batería agotada y sin comunicación y, para que justificara la salida que realizó el fuera de su lugar de reclusión el día 23 de mayo de 2021.

Frente a tales trasgresiones, se tiene conocimiento que el penado realizó recorridos por fuera de la nomenclatura autorizada por este juzgado para cumplir la prisión domiciliaria como a continuación se evidencia:



De acuerdo a ello, en el presente asunto se atribuye a **PUERTO VASQUEZ** haber infringido la obligación principal y básica adquirida con la suscripción del acta compromisorio, consistente en permanecer en su domicilio, no salir de él sin la previa autorización del juzgado o del INPEC y, mantener su dispositivo de vigilancia electrónica con suficiente batería.

Si bien dentro del término incidental se recibió una declaración extrajudicial rendida por la señora *Amparo Vasquez Duque* – progenitora del penado – ante el notario 55 del Circulo de Bogotá por cuyo medio manifestó: “*que los días 23, 24 y 28 de mayo de 2021, mi hijo antes mencionado se vio en la obligación de acompañarme a los*

controles médicos, curaciones e incapacidades, ya que me encontraba muy delicada de salud y no tenía quien me acompañara”, cierto es que con esta declaración el penado no aportó como era su deber la documentación que diera cuenta y soportara el dicho de su progenitora; tratándose de asuntos en salud, bien pudo allegar a esta instancia copia de la historia clínica de su antecesora ó, la epícrisis dada por el médico que presuntamente la atendió en aquellas calendas, incluso, copia de los *controles médicos, curaciones e incapacidades* que relacionó *Amparo Vasquez Duque* en su declaración.

De manera que, tal declaración en modo alguno justifica su proceder, pues con ella no se probó siquiera de manera sumaria que la información allí contenida sea plausible, además, que el penado de manera voluntaria optó por omitir el hecho de informar de sus salidas a la judicatura y muestra de ello es que esperó a ser requerido en el trámite incidental de que trata el artículo 477 del Código de Procedimiento Penal para tal efecto.

Adicional a ello, no puede pasarse por alto, que el fulminado faltó a otro compromiso como era mantener el dispositivo con la debida carga y funcionando en debida forma para que reportara sus movimientos, pues como lo reportó el área de Vigilancia Electrónica CERVI tal dispositivo permaneció sin comunicación los días 23, 24 y 28 de mayo de 2021 y 05 de julio de la misma anualidad, veamos:

Fecha y hora	Estado	Nombre
05/07/2021 14:40:56	Sin comunicación (sin reposición) [Default: Sin comunicación]	PUERTO VASQUEZ, MARCO ANTONIO
28/05/2021 22:24:13 (28/05/2021 19:29:55)	Sin comunicación (sin reposición) [Default: Sin comunicación]	PUERTO VASQUEZ, MARCO ANTONIO
28/05/2021 08:12:58	Batería agotada (Batería agotada)	PUERTO VASQUEZ, MARCO ANTONIO
24/05/2021 01:10:11 (24/05/2021 09:58:48)	Sin comunicación (sin reposición) [Default: Sin comunicación]	PUERTO VASQUEZ, MARCO ANTONIO
23/05/2021 20:43:42 (26/05/2021 09:58:48)	Batería agotada (Batería agotada)	PUERTO VASQUEZ, MARCO ANTONIO

“Reporta el aplicativo que la PPL deja descargar y apagar la unidad GPS, también sale de su domicilio y realiza recorridos sin autorización de la autoridad competente. Al momento de generar este reporte el equipo aún está apagado.”

Al respecto, debe advertirse que el penado no ofreció exculpación alguna frente a la anterior situación como tampoco reportó al juzgado o al INPEC una posible irregularidad y/o falla que hubiere podido presentar dicho aparato.

De modo que, los desplazamientos realizados por **PUERTO VASQUEZ** fuera del lugar destinado para cumplir con el régimen de prisión domiciliaria, sumados a la actitud indiferente frente a su dispositivo de vigilancia electrónica al no suministrarle la energía

eléctrica necesaria para mantenerlo funcionando en debida forma, son muestra fehaciente de su desidia e indisciplina para cumplir la obligación básica y elemental de permanecer en su domicilio, de la que tenia pleno conocimiento desde el momento mismo en que firmó la diligencia de compromiso, conociendo además, las consecuencias propias en caso de actuar de tal manera sin contar con el previo aval del juzgado o del INPEC.

Con ello, demuestra el penado que no le interesa en lo más mínimo someterse al imperio de la ley ni obedecer los condicionamientos impuestos por esta autoridad judicial y que se negó a aceptar el tratamiento que se le ofreció en su oportunidad para el reintegro a la sociedad como un miembro productivo.

Para el despacho es claro que **PUERTO VASQUEZ** no asumió con la debida responsabilidad y seriedad el hecho de que su condición es de persona privada de la libertad, y desechó la oportunidad que se le brindó de continuar con el tratamiento penitenciario bajo la modalidad de prisión domiciliaria, burlando las autoridades tanto judiciales como penitenciarias y por ende mancilló la confianza que en él depositó la administración de justicia cuando lo agració con el mecanismo sustitutivo, desconociendo las obligaciones que adquirió al suscribir el acta de compromiso.

Así pues, no existiendo razón alguna que justificase el actuar del condenado **MARCO ANTONIO PUERTO VASQUEZ** hace necesario que agote de manera integral el remanente de la condena en establecimiento penitenciario, con el fin de que adecúe su comportamiento al ordenamiento jurídico y al rigor disciplinario de la penitenciaría, pues su comportamiento es, a todas luces, inaceptable.

En consecuencia, no queda otra alternativa que revocar la prisión domiciliaria otorgada y, por efecto de ello, una vez en firme esta providencia interlocutoria, se librará la respectiva boleta de traslado para que las autoridades penitenciarias dispongan el internamiento del penado en un establecimiento penitenciario y carcelario de esta ciudad.

En todo caso, para asegurar el cumplimiento de la pena de prisión aquí impuesta en un establecimiento penitenciario, de manera paralela a la orden de traslado, se expedirá orden de captura ante los organismos de seguridad del Estado.

Lo anterior no excluye de alguna manera el deber que le asiste al aquí condenado de presentarse voluntariamente ante las autoridades penitenciarias una vez la presente decisión cobre firmeza, pues desde ese momento el sustituto perderá vigencia y su condición variará a prófugo de la justicia.

En razón y mérito de lo expuesto, **EL JUZGADO PRIMERO DE EJECUCION DE PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD DE BOGOTA,**

RESUELVE:

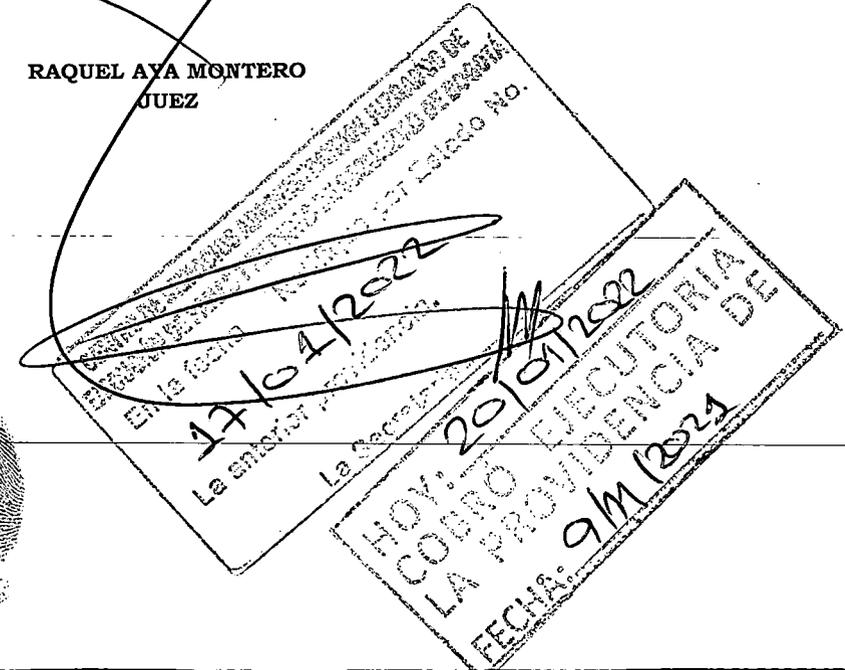
PRIMERO: REVOCAR la prisión domiciliaria otorgada a **MARCO ANTONIO PUERTO VASQUEZ** el 24 de diciembre de 2020, de conformidad con los razonamientos puntualizados en la parte motiva de esta decisión.

SEGUNDO: EN FIRME este auto, librese la respectiva boleta de traslado a las directivas de la penitenciaría «La Picota» a fin de materializar la reclusión del condenado en dicho establecimiento, en todo caso, se librarán las respectivas órdenes de captura ante los organismos de seguridad del estado a fin de obtener su aprehensión física.

TERCERO: Contra esta decisión proceden los recursos de Ley.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**RAQUEL AYA MONTERO
JUEZ**



24/11/21
10:50 Am
Marco Antonio Puerto Vasquez
324.250.87.67
cc 80770583 Bf

RV: RECURSO DE REPOSICION EN SUBSIDIO DE APELACION AUTO REVOCO PRISION DOMICILIARIA, PUERTO VASQUEZ MARCO ANTONIO

Secretaria 01 Centro De Servicios Epms - Bogota - Bogota D.C.

<sec01jepmsbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 21/12/2021 12:14

Para: Jeam Dario Salas Cardenas <jsalasca@cendoj.ramajudicial.gov.co>

24605
V-01



Rama Judicial del Poder Público
Centro de Servicios Administrativos
Juzgados de ejecución de penas y medidas de seguridad de Bogotá
Calle 11 No 9 A 24 Edificio Kaiser. Telefax 2 832273; 2 864573; 3 415671

Cordialmente,

JEAM DARÍO SALAS CÁRDENAS

Secretario

Subsecretaria Primera

Centro de Servicios Adm Juzgados de Ejecución de Penas y Medidas de seguridad de Bogotá

Calle 11 No. 9-27 Edificio Kaiser piso 1

De: Ventanilla Centro Servicios Juzgado Ejecucion Penas Medidas Seguridad - Bogotá - Bogotá D.C.

<ventanillacsjepmsbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: lunes, 29 de noviembre de 2021 11:20

Para: Secretaria 01 Centro De Servicios Epms - Bogota - Bogota D.C. <sec01jepmsbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: RV: RECURSO DE REPOSICION EN SUBSIDIO DE APELACION AUTO REVOCO PRISION DOMICILIARIA, PUERTO VASQUEZ MARCO ANTONIO

Buen día,

Reenvío correo para sus fines pertinentes.

Cordialmente,

Michael Mauricio López Prieto

Ventanilla

De: DOCTOR MATA <doctormata39@gmail.com>

Enviado: domingo, 28 de noviembre de 2021 9:03 p. m.

Para: Ventanilla Centro Servicios Juzgado Ejecucion Penas Medidas Seguridad - Bogotá - Bogotá D.C.

<ventanillacsjepmsbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: RECURSO DE REPOSICION EN SUBSIDIO DE APELACION AUTO REVOCO PRISION DOMICILIARIA, PUERTO VASQUEZ MARCO ANTONIO

Bogotá-27-11-2021

SEÑORES:

JUZGADO 01° DE EJECUCIÓN DE PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD.

Calle 11 N° 9ª-24.

Edificio Kaiser.

REFERENCIA: Proceso N 2018-10918

CONDENADO: Puerto Vásquez Marco Antonio CC80770583

**RECURSO DE REPOSICION EN SUBSIDIO DE APELACION AUTO
INTERLOCUTORIO QUE REVOCO PRISION DOMICILIARIA**

En atención a interlocutorio del pasado 09-11-2021, donde el despacho resuelve revocar beneficio de prisión domiciliaria, me permito aclarar que el condenado contrario a lo esbozado por el despacho si presento justificación, en cuanto a las transgresiones reportadas por el CERVI del INPEC, tal como lo demuestra la página de la rama judicial, anotaciones del 17 y 28 de septiembre de 2021.

28/09/21	INGRESO MEMORIALES VARIOS	PUERTO VASQUEZ - MARCO ANTONIO : INGRESA AL DESPACHO MEMORIAL DEL (LA) CONDENADO (A) ALLEGANDO JUSTIFICACION A TRANSGRESIONES/// JUO****SUBE PROCESO
28/09/21	INGRESO TRASLADO	PUERTO VASQUEZ - MARCO ANTONIO : INGRESA AL DESPACHO CONSTANCIA SECRETARIAL ART 477 CPP, VENCIDO EL TRASLADO GUARDO SILENCIO ***ANEXOS */SUBE PROCESO ***JUO*****
17/09/21	Recepción de Memoriales	PUERTO VASQUEZ - MARCO ANTONIO : SE RECIBE POR CORREO ELECTRONICO MEMORIAL DEL (LA) CONDENADO (A) ALLEGANDO JUSTIFICACION A TRANSGRESIONES///ATF

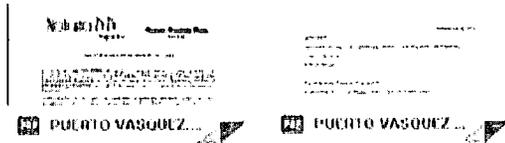
Adicional a esto el actor cuenta con el comprobante del radicado via email, donde se evidencia que el actor el 14-09-2021 a las 21:35 horas, radico al correo electrónico ventanillacsjepmsbta@cendoj.ramajudicial.gov.co

PUERTO VASQUEZ MARCO ANTONIO, JUSTIFICACION DE TRANSGRESIONES

DOCTOR MATA <doctormata29@gmail.com>
para yestlanillaco@popmail.br

09/14 sep 2021 21:39

2 archivos adjuntos



Lo anterior indica claramente que el despacho no verifico la información suministrada por el actor, a la vez tampoco solicito información al centro de monitoreo del INPEC, sobre las innumerables veces que han tenido que cambiar la batería, el cargador, incluso el dispositivo GPS, por su mal funcionamiento, donde claramente se evidencia que es problema del dispositivo electrónico y no que el actor haya tratado de dañarlo.

A la vez el despacho si verifica la información suministrada por el actor en el correo enviado al despacho el pasado 14-09-2021 podra evidenciar que el actor si anexo soportes, constancia de atención medica, atención a controles médicos, tramite de incapacidad de mi madre, como paso nuevamente a exponerlo.

El día 18-05-2021 mi madre Amparo Vasquez Duque, sufrio un accidente al subirse a un alimentador de transmilenio, ese día fue trasladada al centro hospitalario más cercano (Medicentro familiar Fontibón).

Mi madre es una señora de 61 años de edad, que en ese momento solo vivía conmigo, yo soy su único apoyo y compañía. Antes del accidente ella hacia sus diligencias solita, pero desde el accidente, yo la acompañe los días 24-25 y 28 de mayo, desde nuestro domicilio ubicado en el Barrio Molinos 2do sector, Localidad Rafael Uribe Uribe, hasta el Hospital de Fontibón a realizar diferentes actividades como lo son, citas de control, curaciones, tramitar incapacidades, gestionar indemnización ante transmilenio.

El actor es conocedor que no debo salir del domicilio sin previa autorización, pero la verdad es mi madre y era algo de fuerza mayor que requería mi atención, adicional a esto el día que me fue implanto la manilla GPS, los funcionarios del CERVI, me entregaron un volante con unas recomendaciones y unos números telefónicos, a los cuales intente llamar, pero tal como lo puede verificar el despacho, en el número fijo contestan de una empresa de mudanzas y en el numero celular nunca contestan.

A la vez he intentado comunicarme en varias oportunidades con su despacho al 2478740, pero casi nunca contestan.



Con tu ayuda, haremos un Gran Trabajo

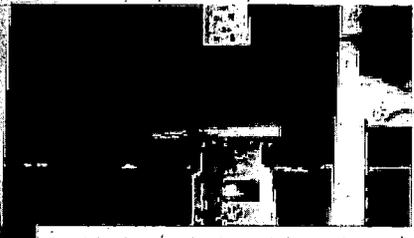
ESTAS ACCIONES SI LAS PUEDES HACER!



Te puedes banar con el dispositivo
Pero sin el cargador conectado



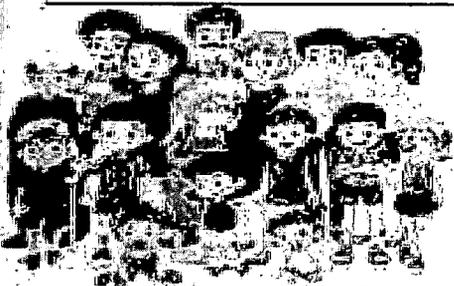
Carga el cargador antes al cargador de
corriente para el ferrocarril. Así se como lo
muestran en la imagen.



Conecta el cargador que viene con el cargador
dentro de las horas de conexión. Cuando el cargador
está en estado de carga, ya no puedes
para poder conectar al dispositivo para cargar.



Cuando conectas el cargador con el dispositivo
GPS, la luz del cargador se enciende y
el dispositivo muestra de forma clara y
correcta la carga del dispositivo. Así como
procederías todas las veces de 1 a 7 horas.



Cuida cada uno de los puntos y lo SPANIA
ESTE CASO INTERNO ES TU INTERIO



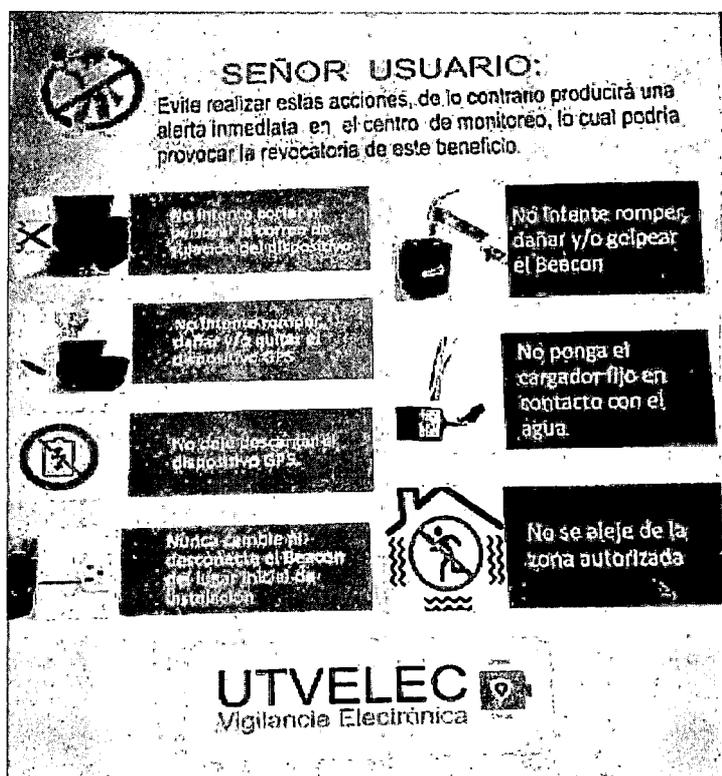
Tel.
-5086064
3208899740

Respetar, mantenerlo que está en el
dispositivo, y cuando ya al centro de
mantenimiento indicativo (1).

UTVELEC

Vigilancia Electrónica

Sin firma electrónica, no es válida la información



También se tenga en cuenta que ha la fecha, desde hace 08 días la manilla GPS, no carga, el cargador se daña constantemente y muy probablemente eso haya sido la transgresión del 05-07-2021, ya que ese día no recuerdo haber salido de mi domicilio.

Por tanto el actor no considera que no se le pueda imputar responsabilidad al privado de la libertad, si el INPEC, entrega unas manillas en mal estado, que se dañan constantemente, y mucho menos cuando la persona intenta comunicar las novedades y nunca contestan, dan números errados.

Tengase en cuenta que cada vez que los sres del CERVI, han venido personalmente a mi domicilio, a arreglar la manilla GPS, siempre me han encontrado en mi domicilio.

Siempre y cuando el despacho lo autorice, solicito se ordene visita de verificación a mi domicilio, por parte del juzgado, para que verifiquen en 1ra persona, que todo lo que el actor informa, corresponde con la realidad.

En atención a una pronta y favorable respuesta.

Adjunto copia de la historia clínica de mi madre.

Anexo extrajuicio autenticado en notaria por mi madre, donde certifica lo dicho por el suscrito.



Red
1151332
15 días
de baja

FORMATO DE FICHA DE INCAPACIDADES
 EMPRESA: _____
 NIT Y/O CEDULA: 51572220
 FECHA: 08-31-2021
 DIRECCIÓN: Calle 23 de Agosto # 23-00-148 y 146 y
 EMAIL: notaria@notaria.com

IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	TOTAL DIAS	SI	TIPO ENFERMEDAD	Nº INCAPACIDAD
51572220	Alfonso Vasquez	20-05-2021	20-05-2021	10	✓	General	S.H.14
51572220	Alfonso Vasquez	19-06-2021	19-06-2021	10	✓	General	S.H.15
51572220	Alfonso Vasquez	21-06-2021	21-06-2021	5	✓	General	S.H.16
51572220	Alfonso Vasquez	21-05-2021	20-05-2021	5	✓	General	S.H.17
51572220	Alfonso Vasquez	19-05-2021	23-05-2021	5	✓	General	S.H.18
51572220	Alfonso Vasquez	20-05-2021	08-06-2021	10	✓	General	S.H.19



FORMATO DATOS ACCIDENTE DE TRANSITO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE	<u>Alfonso Vasquez</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	<u>51572220</u>
FECHA DEL ACCIDENTE	<u>19-05-2021</u>
HORA DEL ACCIDENTE	<u>4:15 P.M.</u>
LUGAR Y DIRECCION DEL ACCIDENTE	<u>Fosfobon - Medicentro Familiar con 23 de agosto 19</u>

RELATO DEL ACCIDENTE
Al subir al alimentador resalta con el extrito del alimentador y me golpea la parte de la cadera y me levanta de los pies. Me levanta en el aire y me levanta con 4 puercas de seguridad.

CONDICIÓN DEL ACCIDENTADO	Ciclista <input type="checkbox"/> Ocupante <input checked="" type="checkbox"/>
	Conductor <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>
CONSULTO EN OTRO HOSPITAL O CLINICA POR ESTE ACCIDENTE?	NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> <u>Fosfobon</u>

INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA

Número:	4781	Fecha de Impresión:	18/05/2021
	Admisión:	15493	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57
	Nombre del Paciente:	VASQUEZ DUQUE AMPARO	
Entidad Responsable:	ADRES	Fecha Nac.:	9/11/1959
		Edad:	61
		Genero:	F
		Régimen:	CONTRIBUTIVO
		Nivel:	Rango A
Dx Principal de Egreso:			

INCAPACIDAD MEDICA EXTRAHOSPITALARIA:
 Días de Incapacidad: 5
 Fecha de Inicio de Incapacidad: 18/05/2021
 Fecha Fin de Incapacidad: 23/05/2021

Antonio Isaac Rodríguez Rodríguez

Firma de Médico Tratante

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
 Registro Médico: 750654
 Especialidad: Medicina General

CL 20 #98 - 72, Bogotá FONTIBÓN TEL. 2573950 BOGOTÁ D.C.

INCAPACIDAD HOSPITALARIA

Número:	4781	Fecha de Impresión:	18/05/2021
	Admisión:	15493	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57
	Nombre del Paciente:	VASQUEZ DUQUE AMPARO	
Entidad Responsable:	ADRES	Fecha Nac.:	9/11/1959
		Edad:	61
		Genero:	F
		Régimen:	CONTRIBUTIVO
		Nivel:	Rango A
Dx Principal de Egreso:			

INCAPACIDAD MEDICA HOSPITALARIA:
 Días de Incapacidad: 3
 Fecha de Inicio de Incapacidad: 18/05/2021
 Fecha de Egreso: 18/05/2021

Antonio Isaac Rodríguez Rodríguez

Firma de Médico Tratante

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
 Registro Médico: 750654
 Especialidad: Medicina General

CL 20 #98 - 72, Bogotá FONTIBÓN TEL. 2573950 BOGOTÁ D.C.

ORDEN DE CITA

Número: 0853

	Admisión:	15493	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57	VIP	Cama: Urg-8
	Nombre del Paciente:	VASQUEZ DUQUE AMPARO			
Entidad Responsable:	ADRES	Fecha Nac.:	9/11/1959	Edad:	61 A
		Genero:	F	Régimen:	CONTRIBUTIVO
Dx Principal de Egreso:					

Descripción:	
CITA DE CONTROL POR CLÍNICA DE HERIDAS	
Nota: retiro de puntos de sutura en 7 días	
<i>Antonio Isaac Rodríguez Rodríguez</i>	
Firma de Médico Tratante	
Nombre Médico:	ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Registro Médico:	750654
Especialidad:	Medicina General

FORMATO ORDEN DE MEDICAMENTOS

Número: 4213 Fecha: 19/05/2021 Bogotá D.C.

 Medicentro Familiar I.P.S.	Admisión: 15493	Fecha Ingreso: 19/05/2021	Serv.: Urg-Valora	Cama: Urg-9
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO			
	Identificación: CC 51572220	Fecha Nac.: 9/11/1959	Edad: 61	Genero: F
Entidad Responsable: ADRES		CONTRIBUTIVO Nivel: Rango A		
Dx Principal de Egreso:				

Cant.	Nombre Genérico	Forma	NOPOS/POS	Dosis	Frecuencia	Via	Tratamiento	Concentración
21	CEFALEXINA 500 mg TAB GENFAR	TABLETA	NOPOS	500 MG	6 HORAS	VIA ORAL	7 Dias	500 MG
Observación:								
15	NAPROXENO 250 MG TAB (GENFAR) CJ (500)	TABLETA	NOPOS	250 MG	8 Horas	VIA ORAL	5 Dias	250 MG
Observación:								

SEÑOR USUARIO, MEDICENTRO FAMILIAR I.P.S. LE INFORMA QUE SU PRESCRIPCIÓN:

1. Debe ser realizada únicamente por un Médico, Odontólogo o Enfermero
2. Debe tener letra Clara y Legible para Usted
3. Debe estar escrita en Español
4. No debe tener Tachones, Enmendaduras, Abreviaturas, Siglas o Claves
5. Debe permitir que usted Confronte los Medicamentos Recibidos en farmacia.
6. Debe permitir saber si los medicamentos son para el tratamiento de su enfermedad

Amparo Vasquez D
51572220

[Firma]

Firma de Médico Tratante
 Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
 Registro Médico: 750554
 Especialidad: Medicina General

 **Medicentro Familiar I.P.S.** MEDICENTRO FAMILIAR I.P.S. S.A.S.
 N.I.T. 900305828-1
 CLL 20 # 86-82 Tel.: 2673050

Calle: 858072664424581386076093148076768987969076087600950e367ac52d02afd57782e347e85c19503351e80

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: MED12084
 Fecha de Expedición 20/05/2021

Página 2 de 3

Nota: 1. En caso de mora en el pago de esta factura se causaran intereses moratorios a la tasa maxima legal. 2. Esta factura cambia de comportamiento en sus efectos a la letra de cambio (Art 174 del Código de Comercio). 3. Servicios de Salud - Servicios Excluidos de IVA

Nombre del Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE	Admisión: 15493
Identificación: CC - 51572220	Edad: 61 A
Dirección CLL 48 N SUR 3 80	Teléfono: 3154 197305
Municipio BOGOTÁ D.C. (BOGOTÁ D.C.)	Servicio: URGENCIAS
Responsable: ADRES	NIT 901037018-1

CUPS	Cod. Tarifa	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
INSUMOS MEDICOS					
MP00288		JERINGA 10 ML 3P C/A SISTEMA LUER LOCK	6,00	673	4.038
MP00512		VENDA DE ALGODON 5 X 5	1,00	2.637	2.637
MP00571		VENDA ELASTICA 5 X 5	1,00	3.674	3.674
SubTotal					5 42.447
OTROS CONCEPTOS					
565115	30300	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES OXIGENO AGENTES Y GASES ANESTESICOS	1,00	70.000	70.000
SubTotal					6 70.000

Valor en Letras SETECIENTOS ONCE MIL VEINTIDOS TRES MIL CTE.

SubTotal Cargos:	\$ 711.022
Abonos a Cuotas:	\$ 0
Anulipos:	\$ 0
Documentos:	\$ 0
Valor a Pagar:	\$ 711.022

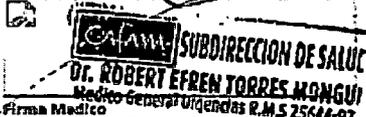
Elaborado por: JEFFERSON MORALES QUINTES Facturación

Firma del Paciente ó Responsable

27/5/2021

Remisión de incapacidad

REMISIÓN DE INCAPACIDAD			
Tipo Remisión		Ambulatoria <input type="checkbox"/>	Hospitalaria <input checked="" type="checkbox"/>
Nro. Incapacidad:	1299387	Fecha Expedición:	2021-05-27 09:27:03 AM Ciudad: BOGOTA
Datos afiliado			
Nombre del afiliado:	AMPARO VASQUEZ DUQUE	ID:	CC 51572220
Tipo usuario:	COTIZANTE	ID:	
Empresa donde labora:		ID:	
Datos incapacidad/licencia			
Origen:	OTRO TIPO DE ACCIDENTE	Días solicitados:	4
Días en letras:	CUATRO DIAS	Fecha final:	30/05/2021
Diagnóstico:	S818	Días acumulados:	0
Fecha inicio:	27/05/2021	Observación:	
Prorroga:	NO		
Datos del médico o IPS prestador del servicio			
Nombre profesional:	ROBERT EFREN TORRES MCNGUI	Reg. Profesional:	79411438
Especialidad:	MEDICINA GENERAL	Ciudad prestador:	BOGOTA
Razón social prestador:	FLORESTA	ID:	110010559704
Notas aclaratorias			

**SUBDIRECCION DE SALUD**
DR. ROBERT EFREN TORRES MCNGUI
Médico General Urgencias R.M.S 75644-97
Firma Médico

En atención a la documentación, información y pruebas aportadas, solicito al despacho se reponga la decisión de revocar la prisión domiciliaria, ya que lo expuesto en el interlocutorio del pasado 09-11-2021 no corresponde a la realidad.

Adjunto nuevamente la justificación enviada al despacho el pasado 14-09-2021, así como la declaración extrajudicial rendida por mi madre.

NOTIFICACIONES:

Recibo notificaciones en la EPC ERON PICOTA -Según Art. 184 del cpp., ley 600 de 2000.

Sin otro particular.

Cordialmente:



Puerto Vásquez Marco Antonio

CC 80770583 de Bogotá

doctormata39@gmail.com

Teléfono N. 3242508767

Prisión Domiciliaria

Complejo Carcelario y Penitenciario con Alta Mediana y Mínima Seguridad de Bogotá, incluye reclusión especial y Justicia y Paz "COBOG"

BREAK POINT V 2.0 R 1.0

**AUTORIZACION
MEDICAMENTOS**

Sede:		ID: 51572220		EDAD: 61 Años		No : 5032320320	
Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE		Plan: CONTRIBUTIVO		Semanas: 642		Rango: 1	
Contrato: FAMISANAR POS-CAP BOGOTA > 18		Telefono: 0		Sede Afiliado: CALLE 48			
Tipo de Usuario: COTIZANTE						Diagnóstico: S818	
Solicitada por: MEDICO FLORESTA							
Expedida a: FARMACIA CAFAM							
Direccion: 0							

Codigo	Medicamento	Presentacion	Posologia	Cant.	Tarifa	Despachado
23619	ALUMINIO ACETATO	2.2 g (POLVO)	DISOLVER 1 SOBRE EN 1 LITRO DE AGUA Y HACER BAÑOS CADA 12 HORAS POR 10 DIAS	20	VEINTE	PACTADA
24201	ACETAMINOFEN	500 mg (TABLETA)	TOMAR 2 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS CON ABUNDANTE AGUA POR 5 DIAS	30	TREINTA	PACTADA
20604	NAPROXENO	250 mg (TABLETA O CAPSULA)	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS DESPUES DE CADA COMIDA CON ABUNDANTE AGUA POR 10 DIAS	30	TREINTA	PACTADA

Cobrar COPAGO o CUOTA MODERADORA POR VALOR DE: \$ 3,500

Entregado Por: ROBERT EFREN TORRES M

CAFAM SUBDIRECCION DE SALU.
Dr. ROBERT EFREN TORRES MONGU

Firma del Usuario.

NOTAS:

Válido para reclamar servicios desde: 2021-05-27 Hora: 09:00 AM hasta: 2021-06-26

Validez de la Orden: 30 días. Vence: 2021-06-26

Estos servicios se deben facturar a: FAMISANAR POS-CAP BOGOTA > 18



* 5 0 3 2 3 2 0 3 2 0 *

BREAK POINT V 2.0 R 1.0
AUTORIZACION
APOYO DIAGNOSTICO

Sede:		ID: 51572220 EDAD: 61 Años		No : 5042214868	
Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE		Plan: CONTRIBUTIVO		Semanas: 642 Rango: 1	
Contrato: FAMISANAR POS-CAP BOGOTA > 18		Solicitada por: MEDICO FLORESTA		Sede Afiliado: CALLE 48	
Tipo de Usuario: COTIZANTE		Expedida a: CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CAJICA		Telefono: 8562769	
Direccion: Cra 4 #0-95		Diagnóstico: S818			
CODIGO	PROCEDIMIENTO	NOTA ACLARATORIA	TARIFA		
890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	5S CITA CONTROL EN 15 DIAS	\$ 18.356		
TOTAL			\$ 18356		

Cobrar COPAGO o CUOTA MODERADORA POR VALOR DE: \$ 3,500

Entregado Por: ROBERT EFREN TORRES M...

SUBDIRECCION DE SALUD
DR. ROBERT EFREN TORRES MONGUI
 Médico General Crecoslas R.M.S 25644-97

Firma del Usuario:

NOTAS:
Válido para reclamar servicios desde: 2021-05-27 Hora: 09:27

Validez de la Orden: 180 días. Vence: 2021-11-23

Estos servicios se deben facturar a: FAMISANAR POS CAP BOGOTA > 18



* 5 0 4 2 2 1 4 8 6 8 *

BREAK POINT V0 DR 1.0

**AUTORIZACION
APOYO DIAGNOSTICO**

Seco: FLORESTA Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE Contrato: FAMILANAR POS-CAP BOGOTA > 18 Tipo de Usuario: COTIZANTE Saludada por: PRESTADOR EXTERNO URGENCIAS CAFAM Expedida a: CAFAM IPS COP - POS Dirección: U		ID: 51572220 EDAD: 51 Años Plan: CONTRIBUTIVO Telefono: 0	No : 5042215838 Semanas: 642 Range: 1 Sede Atiende: CALLE 48 Diagnóstico: Z000
CODIGO	PROCEDIMIENTO	NOTA/ACLARATORIA	TARIFA
539500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SCD		\$ 33.428
TOTAL			\$ 33.428

\$ 0

Entregado por: CAROLINA MUÑOZ GONZALEZ

Forma de Pago:

NOTAS:

Fecha: 27/05/2021 **Hora:** 13:02:45 **Ciudad:** BOGOTA DC
Validez de la Orden: 180 **Cant. Vencida:** 2021-11-25

Estos servicios se deben facturar a: **FAMILANAR POS-CAP BOGOTA > 18**



* 5 0 4 2 2 1 5 8 3 8 *



Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE

Nro Historia: C.C: 51572220

61 Años - Sexo Femenino - ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL ** ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL **

Dirección: Cll 48 N Sur N. 3 - 60 Teléfono: 3242510356

Servicio: 1 Piso - Urgencias

Tipo Usuario: Cotizante

Fecha: 09/06/2021 10:35:18a.m.

Vigencia de la prescripción:

Nombre	Cod.Legal	CANTIDAD
1 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	890380	1
Obs: Prioridad: Ambulatorio .Prioridad: Ambulatorio . Servicio: ORTOPEDIA GENERAL POSTERIOR A URGENCIAS(Control). En: 7 Días		

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

Médico:

HERNANDO GAITAN LEE

Firma:

Registro:

1070754457



FORMULAS MEDICAS
Urgencias Atención No. 7673613

T3 Formula Nro. **6274342**

Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE
61 Años - Sexo Femenino - Entidad Particular ** Urgencias Particulares **
Direccion: Calle 48 # 13-60 Teléfono: 3242519356
Servicio: 1 Piso - Urgencias
Vigencia de la prescripción: 5 Dias

Nro Historia: C C 51572220
Tipo Usuario: Colizante
Fecha: 30/05/2021 03:09 13p m

- MEDICAMENTOS**
- 1 Acetaminofen 500mg Tableta
Dosis/Frecuencia: 1000 mg Cada 8 Hora(s)
Duración tratamiento: 10 Día(s)
Vía: Oral
Resp. SANTIAGO PEÑA RESTREPO - subfórmula 1 (30/05/2021 03:09:13 p.m.)
 - 2 Dicloxacilina 500 mg Capsula
Dosis/Frecuencia: 500 mg Cada 6 Hora(s)
Duración tratamiento: 10 Día(s)
Vía: Oral
Resp. SANTIAGO PEÑA RESTREPO - subfórmula 1 (30/05/2021 03:09:13 p.m.)
 - 3 Naproxeno 250mg Tableta
Dosis/Frecuencia: 250 mg Cada 12 Hora(s)
Duración tratamiento: 5 Día(s)
Vía: Oral
Resp. SANTIAGO PEÑA RESTREPO - subfórmula 1 (30/05/2021 03:09:13 p.m.)

CANTIDAD
60
Seenta

40
Cuarenta

10
Diez

Indicaciones del Prescriptor:

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

Médico:
PEÑA RESTREPO SANTIAGO

Firma: *Santiago Peña Restrepo*

Registro:
1032414218

Hospital Universitario San Ignacio - www.huis.org.co - Cod Hsp Licación: 1106105455 - Bogotá D.C. - Cía: 7 No. 40-57 Correo: 094 61 61 Fax: 094 61 95 - Solicitud Citas Médicas: Contacto: Centro de Atención al Paciente
Impreso Por: SANTIAGO PEÑA RESTREPO 30/05/2021 03:05:15p m



Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE

Nro Historia: C.C: 51572220

61 Años - Sexo Femenino - Administradora De Los Recursos Del Sistema General ** Administradora De Los Recursos Del Sistema General **

Dirección: Cll 48 N Sur N 3 - 60 Teléfono: 3242510356

Servicio: 1 Piso - Urgencias

Tipo Usuario: Cotizante

Vigencia de la prescripción: 5 Dias

Fecha: 09/06/2021 10:34:35a.m.

MEDICAMENTOS

- 1 Acetaminofen 500mg Tableta
Dosis/Frecuencia: 1000 mg Cada 8 Hora(s)
Duración tratamiento: 5 Día(s)
Vía: Oral
Resp: HERNANDO GAITAN LEE - subfórmula 1 (09/06/2021 10:34:35 a.m.)
- 2 Dicloxacilina 500 mg Capsula
Dosis/Frecuencia: 500 mg Cada 6 Hora(s)
Duración tratamiento: 7 Día(s)
Vía: Oral
Resp: HERNANDO GAITAN LEE - subfórmula 1 (09/06/2021 10:34:35 a.m.)
- 3 Naproxeno 250mg Tableta
Dosis/Frecuencia: 250 mg Cada 12 Hora(s)
Duración tratamiento: 5 Día(s)
Vía: Oral
Resp: HERNANDO GAITAN LEE - subfórmula 1 (09/06/2021 10:34:35 a.m.)

CANTIDAD

30
Treinta

28
VeintiOcho

10
Diez

Indicaciones del Prescriptor:

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

Médico:

GAITAN LEE HERNANDO

Dr. Hernando Gaitan Lee
Ortopedia y Traumatología
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica
Calle 100 No. 1020764457
Bogotá, D.C.

Registro:
1020764457



ORDENES MÉDICAS
Urgencias Atención No. 7775022

T4

Orden Nro: **11205608**

Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE

61 Años - Sexo Femenino - ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL ** ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL **

Nro Historia: C.C: 51572220

Dirección: Cll 48 N Sur N. 3 - 60 Teléfono: 3242510356

Servicio: 1 Piso - Urgencias

Tipo Usuario: Cotizante

Fecha: 21/06/2021 08.49.13a.m.

Vigencia de la prescripción:

Nombre
1 Sala de Curaciones
Obs: Prioridad: Ambulatorio .Curaciones

Cod Legal	CANTIDAD
S22101	5

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

Médico:
VANESSA VILLA MUNOZ

Firma: *Vanessa Villa Munoz*

Registro:
1094916595

Notaria 55

Bogotá D.C.

Alejandro Hernández Muñoz

NOTARIO

El(los) aquí declarante(s) manifiesta(n) que ha(n) leído y verificado esta declaración y que es(son) consciente(s) que la Notaria NO acepta reclamos, cambios, o correcciones, después de que la declaración sea firmada por el(ellos) y por el Notario.

DERECHOS NOTARIALES: TARIFA: 13.100 IVA 2.489 TOTAL: 15.589

EL (LA) DECLARANTE:

Amparo Vasquez Duque
AMPARO VASQUEZ DUQUE
C.C. 51.572.220 DE BOGOTÁ D.C.

Sandra Patricia Becerra Cardenas
SANDRA PATRICIA BECERRA CARDENAS
NOTARIA CINCUENTA Y CINCO (55) ENCARGADA DEL CIRCULO DE BOGOTÁ

Diana Bello Bohórquez

1561-1de08790

NOTARIA CINCUENTA Y CINCO DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.

DECLARACION EXTRAJUICIO

Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

ANTE EL SUSCRITO NOTARIO COMPARECIO

VASQUEZ DUQUE AMPARO

Quien exhibió la C.C. 51572220

Quien declaro que la firma y huella del presente documento son suyas y su contenido es cierto. Así mismo, de manera expresa solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales para que sea verificada su identidad, mediante el coteo de sus huellas digitales y datos biográficos con la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. Cod.: 99j6c

Fecha: 2021-09-14 16:22:51

 **SANDRA PATRICIA BECERRA CARDENAS**
NOTARIA ENCARGADA
Resolución 07047 de 31 julio de 2021

Calle 20C No. 97 B 26 PBX: 7043755
E. mail: notaria55bogota@gmail.com

DECLARACIÓN EXTRAJUICIO No. 5954

El día **14 de SEPTIEMBRE de 2021**, en Bogotá, Distrito Capital, República de Colombia, ante el despacho de la **NOTARIA CINCUENTA Y CINCO (55) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ** cuya notaria encargada es la doctora **SANDRA PATRICIA BECERRA CARDENAS** se recibe la presente declaración extra juicio en los siguientes términos:

COMPARECIO el (la) señor (a) **AMPARO VASQUEZ DUQUE**, mayor de edad, identificado (a) con C.C. **51.572.220** DE BOGOTA D.C., de estado civil **Casado(a)**, residente y domiciliado (a) en **CLL 48 N SUR # 3 - 60 APTO 204 INT2 MOLINOS II**, teléfono **3242510353**, de ocupación **AUXILIAR DE PRODUCCIÓN**, de nacionalidad colombiana, de cuya identificación personal doy fe.

Y manifiesto que comparezco ante este despacho con el fin de rendir declaración juramentada para fines extraprocesales de conformidad con los decretos 1557 y 2282 de 1989 y bajo la gravedad de juramento de conformidad con el Artículo 442 del Código Penal de manera libre y espontánea y de acuerdo con la verdad, rindo la presente declaración.

PRIMERO: Nuestros nombres y apellidos son como han quedado dichos y escritos, de las condiciones civiles y personales antes anotadas.- La presente declaración que consta en esta acta, la realizamos bajo la gravedad de juramento y contiene la explicación de las razones de este testimonio y conforme a la ley versa sobre hechos personales, que como declarantes hemos realizado, o de los cuales tenemos conocimiento.

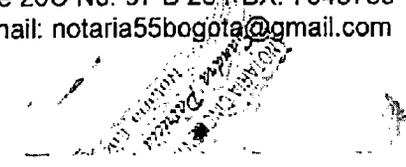
SEGUNDA.- Que este testimonio se rinde para ser presentada **A QUIEN INTERESE.**

TERCERA.- Declaro que soy madre del joven **MARCO ANTONIO PUERTO VASQUEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. **80.770.583** con el cual vivo bajo el mismo techo y depende económicamente de la suscrita aquí firmante, manifiesto que los días **23, 24 y 28 de MAYO de 2021**, mi hijo antes mencionado se vio en la obligación de acompañarme a los controles médicos, curaciones e incapacidades, ya que me encontraba muy delicada de salud y no tenía quien me acompañara.

CUARTA.- Manifestamos que hemos leído lo que voluntariamente hemos declarado ante el **NOTARIO**, lo hemos hecho cuidadosamente y no tenemos ningún reparo, ni nada que aclarar, corregir y/o enmendar; Por lo tanto lo otorgamos con nuestra **FIRMA** dado que es real a lo solicitado al señor **NOTARIO**.

No siendo otro el objeto de la presente diligencia se termina y se firma en constancia y como prueba de lo anteriormente manifestado.

Calle 20C No. 97 B 26 PBX: 7043755
E. mail: notaria55bogota@gmail.com





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO**

CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PASION EN SOCIAL

FORMATO DATOS ACCIDENTE DE TRÁNSITO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE	Arnoldo Vargas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	511572-220
FECHA DEL ACCIDENTE	18-05-20-21
HORA DEL ACCIDENTE	4 IV. P.M.
LUGAR Y DIRECCIÓN DEL ACCIDENTE	Fontibón. Medicentro Familiar tran 98 con calle 19

RELATO DEL ACCIDENTE

Al subir al alimentador resbale con el estribo del alimentador y me golpea la parte de la cadera. y me llevaron de urgencias a la clinica mas cercana Medicentro familiar Fontibón donde me atendieron con 4 puntos de sutura.

CONDICIÓN DEL ACCIDENTADO	Ciclista <input type="checkbox"/>	Ocupante <input checked="" type="checkbox"/>
	Conductor <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>
CONSULTO EN OTRO HOSPITAL O CLINICA POR ESTE ACCIDENTE?	NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> Fontibón DONDE:	

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE	Marco Antonio Puerto
FIRMA DE PACIENTE O ACOMPAÑANTE	<i>Marco Antonio Puerto</i>
TIPO DE DOCUMENTO	c.c.
N° DE DOCUMENTO	19277007



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO**

CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROTECCION SOCIAL

FORMATO DATOS ACCIDENTE DE TRÁNSITO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE	Amador Vargas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	511572-220
FECHA DEL ACCIDENTE	18-04-20-21
HORA DEL ACCIDENTE	5 IV. P.M.
LUGAR Y DIRECCIÓN DEL ACCIDENTE	Fontibón. Medocentro Familiar con 98 con calle 19

RELATO DEL ACCIDENTE

Al subir el alimentador resbala con el estribo del
alimentador y me golpea la parte de la cadera. y me
llevaron de urgencias a la clínica med cecilia
Medocentro familiar Fontibón donde me atendieron
con 4 puntos de sutura.

CONDICIÓN DEL ACCIDENTADO	Ciclista <input type="checkbox"/>	Ocupante <input checked="" type="checkbox"/>
	Conductor <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>
CONSULTO EN OTRO HOSPITAL O CLINICA POR ESTE ACCIDENTE?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/> <u>Fontibón</u> DONDE:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE	Marcos Antonio Puerto
FIRMA DE PACIENTE O ACOMPAÑANTE	<i>Marcos Antonio Puerto</i>
TIPO DE DOCUMENTO	c.c.
Nº DE DOCUMENTO	19277.007

Realizado por: Claudia Sierra - Coordinadora de Admisiones

INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA

Número: 4781	Fecha de Impresión: 19/05/2021		
 Medicentro Familiar I.P.S.	Admisión: 15493	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57	Fecha Egreso: 19/05/2021
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO		
Entidad Responsable: ADRES	Identificación: CC 51572220	Fecha Nac.: 8/11/1959	Edad: 61 Genero: F
Dx Principal de Egreso:		CONTRIBUTIVO	Nivel: Rango A

INCAPACIDAD MEDICA EXTRAHOSPITALARIA:
 Días de Incapacidad: 5
 Fecha de Inicio de Incapacidad: 19/05/2021
 Fecha Fin de Incapacidad: 23/05/2021

(Firma manuscrita)

Firma de Médico Tratante

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
 Registro Médico: 750654
 Especialidad: Medicina General

Cl. 20 #98 - 72, Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673050 BOGOTA D.C.

INCAPACIDAD HOSPITALARIA

Número: 4781	Fecha de Impresión: 18/05/2021		
 Medicentro Familiar I.P.S.	Admisión: 15493	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57	Fecha Egreso: 19/05/2021
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO		
Dx Principal de Egreso:	Identificación: CC 51572220	Fecha Nac.: 8/11/1959	Edad: 61 Genero: F
		ADRES	CONTRIBUTIVO Nivel: Rango A

INCAPACIDAD MEDICA HOSPITALARIA:
 Días de Incapacidad: 2
 Fecha de Inicio de Incapacidad: 18/05/2021
 Fecha de Egreso: 19/05/2021

(Firma manuscrita)

Firma de Médico Tratante

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
 Registro Médico: 750654
 Especialidad: Medicina General

Cl. 20 #98 - 72, Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673050 BOGOTA D.C.

ORDEN DE CITA

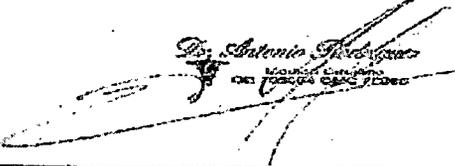
Número: 8053

 Medicentro Familiar I.P.S.	Admisión: <u>15493</u>	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57	VIP	Gama: Urg-9
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO			
	Identificación: CC -51572220	Fecha Nec.: 9/11/1959	Edad: 61 A	Genero: F
Entidad Responsable: ADRES	Régimen: CONTRIBUTIVO			
Dx Principal de Egreso:				

Descripción

CITA DE CONTROL POR CLÍNICA DE HERIDAS

Nota: retiro de puntos de sutura en 7 días



Dr. Antonio Isaac Rodríguez Rodríguez
Médico General
C.C. 750654

Nombre Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ

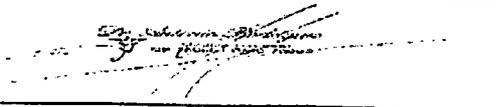
Registro Médico: 750654

Especialidad: Medicina General

INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA

Número: 4781	Fecha de Impresión: 19/05/2021		
 Medicentro I.P.S.	Admisión: 15493	Fecha y Hora Ing: 19/05/2021 17:57	Fecha Egreso: 19/05/2021
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO		
Entidad Responsable: ADRES	Identificación: CC 51572220	Fecha Nac.: 9/11/1959	Edad: 61 Genero: F
Dx Principal de Egreso:		CONTRIBUTIVO	Nivel: Rango A

INCAPACIDAD MEDICA EXTRAHOSPITALARIA:	
Dias de Incapacidad:	5
Fecha de Inicio de Incapacidad:	19/05/2021
Fecha Fin de Incapacidad:	23/05/2021

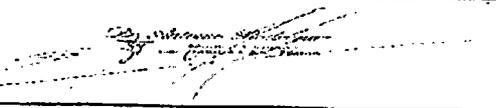
	
Firma de Médico Tratante	
Nombre del Médico:	ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Registro Médico:	750654
Especialidad:	Medicina General

Cl. 20 #98 - 72. Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673050 BOGOTÁ D.C.

INCAPACIDAD HOSPITALARIA

Número: 4781	Fecha de Impresión: 19/05/2021		
 Medicentro I.P.S.	Admisión: 15493	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57	Fecha Egreso: 19/05/2021
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO		
Entidad Responsable: ADRES	Identificación: CC 51572220	Fecha Nac.: 9/11/1959	Edad: 61 Genero: F
Dx Principal de Egreso:		CONTRIBUTIVO	Nivel: Rango A

INCAPACIDAD MEDICA HOSPITALARIA:	
Dias de Incapacidad:	2
Fecha de Inicio de Incapacidad:	18/05/2021
Fecha de Egreso:	19/05/2021

	
Firma de Médico Tratante	
Nombre del Médico:	ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Registro Médico:	750654
Especialidad:	Medicina General

Cl. 20 #98 - 72. Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673050 BOGOTÁ D.C.

Especialidad:

Medicina General

Cl. 20 #98 - 72, Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673050 BOGOTÁ D.C.

INCAPACIDAD HOSPITALARIA

Número:

4/d1

Fecha de Impresión:

19/05/2021



Medicentro
I.P.S.

Admisión: 15493

Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57

Fecha Egreso: 19/05/2021

Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO

Identificación: CC 51572220

Fecha Nac: 01/01/1959

Edad: 61

Genero: F

ADRES

CONTRIBUTIVO

Nivel: Rango A

Dx Principal de Egreso:

INCAPACIDAD MEDICA HOSPITALARIA:

Dias de Incapacidad: 2

Fecha de Inicio de Incapacidad: 18/05/2021

Fecha de Egreso: 19/05/2021

Firma de Médico Tratante

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ

Registro Médico: 750694

Especialidad: Medicina General

Cl. 20 #98 - 72, Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673050 BOGOTÁ D.C.

ORDEN DE CITA

Número: 9654

 Medicentro I.P.S.	Admisión: 15493	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57	VIP	Cama: Urg-9
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO			
	Identificación: CC 51572220	Fecha Nac.: 9/11/1959	Edad: 61 A	Genero: F

Entidad Responsable: ADRES **INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA** Régimen: CONTRIBUTIVO
Fecha de Impresión: 19/05/2021

Dx Principal de Egreso: Admisión: 15493 Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57 Fecha Egreso: 19/05/2021

 Medicentro I.P.S.	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO	Fecha Nac.: 9/11/1959	Edad: 61	Genero: F
	Identificación: CC 51572220			
	Entidad Responsable: ADRES			

Nota: Fecha de inicio de incapacidad: 19/05/2021
Entidad Responsable: ADRES CONTRIBUTIVO Nivel: Rango A

Dx Principal de Egreso: *Dr. Antonio Rodríguez*

INCAPACIDAD MEDICA EXTRAHOSPITALARIA:
Días de Incapacidad: 5
Fecha de Inicio de Incapacidad: 19/05/2021
Fecha de Egreso: 23/05/2021

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Registro Médico: 750654
Especialidad: Medicina General

CI. 20 #98 - 72. Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673950 BOGOTA D.C.

INCAPACIDAD HOSPITALARIA

Número: 4761 Fecha de Impresión: 19/05/2021

 Medicentro I.P.S.	Admisión: 15493	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57	Fecha Egreso: 19/05/2021
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO		
	Identificación: CC 51572220	Fecha Nac.: 9/11/1959	Edad: 61 Genero: F

Dx Principal de Egreso: ADRES CONTRIBUTIVO Nivel: Rango A

INCAPACIDAD MEDICA HOSPITALARIA:
Días de Incapacidad: 2
Fecha de Inicio de Incapacidad: 18/05/2021
Fecha de Egreso: 19/05/2021

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Registro Médico: 750654
Especialidad: Medicina General

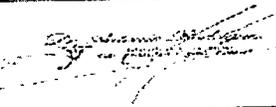
CI. 20 #98 - 72. Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673950 BOGOTA D.C.

INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA

Número:	4781	Fecha de Impresión:	19/05/2021				
 Medicentro I.P.S.	Admisión:	15183	Fecha y Hora Ing:	18/05/2021 17:57	Fecha Egreso:	19/05/2021	
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO						
	Identificación:	CC 51572220	Fecha Nac.:	9/11/1959	Edad:	51	Genero:
Entidad Responsable:	ADRES						
Dx Principal de Egreso:							

INCAPACIDAD MEDICA EXTRAHOSPITALARIA:

Dias de Incapacidad: 5
 Fecha de Inicio de Incapacidad: 19/05/2021
 Fecha Fin de Incapacidad: 23/05/2021



Firma de Médico Tratante

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
 Registro Médico: 750854
 Especialidad: Medicina General

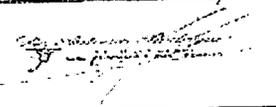
CI. 20 #98 - 72, Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673050 BOGOTÁ D.C.

INCAPACIDAD HOSPITALARIA

Número:	4781	Fecha de Impresión:	19/05/2021				
 Medicentro I.P.S.	Admisión:	15193	Fecha y Hora Ing:	18/05/2021 17:57	Fecha Egreso:	19/05/2021	
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO						
	Identificación:	CC 51572220	Fecha Nac.:	9/11/1959	Edad:	61	Genero:
Entidad Responsable:	ADRES						
Dx Principal de Egreso:							

INCAPACIDAD MEDICA HOSPITALARIA:

Dias de Incapacidad: 2
 Fecha de Inicio de Incapacidad: 18/05/2021
 Fecha de Egreso: 19/05/2021



Firma de Médico Tratante

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
 Registro Médico: 750854
 Especialidad: Medicina General

CI. 20 #98 - 72, Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673050 BOGOTÁ D.C.

FORMATO ORDEN DE MEDICAMENTOS

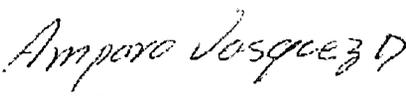
Número: 4213 Fecha: 19/05/2021 Bogotá D.C.

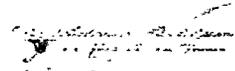
 Medicentro Familiar I.P.S.	Admisión: 15493	Fecha Ingreso: 19/05/2021	Serv.: Urg-Varios	Cama: Urg-9
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO			
	Identificación: CC 51572220	Fecha Nac.: 9/11/1959	Edad: 61	Genero: F
Entidad Responsable: ADRES		CONTRIBUTIVO		Nivel: Rango A
Dx Principal de Egreso:				

Cent.	Nombre Genérico	Forma	NOPOS/POS	Dosis	Frecuencia	Via	Tratamiento	Concentración
21	CEFALEXINA 500 mg TAB GENFAR	TABLETA	NOPOS	500 MG	6 HORAS	VIA ORAL	7 Días	500 MG
Observación:								
15	NAPROYENO 250 MG TAB GENFAR, CATEDO	TABLETA	NOPOS	250 MG	8 Horas	VIA ORAL	5 Días	250 MG
Observación:								

SEÑOR USUARIO, MEDICENTRO FAMILIAR I.P.S. LE INFORMA QUE SU PRESCRIPCION:

1. Debe ser realizada únicamente por un Médico, Odontólogo o Enfermera
2. Debe tener letra Clara y Legible para Usted
3. Debe estar escrita en Español
4. No debe tener Tachones, Enmiendaduras, Abreviaturas, Siglas o Claves
5. Debe permitir que usted Confronte los Medicamentos Recibidos en farmacia
6. Debe permitir saber si los medicamentos son para el tratamiento de su enfermedad


 51572220



Firma de Médico Tratante

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
 Registro Médico: 251304
 Especialidad: Medicina General



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
 FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD
 POR SERVICIOS PRESTADO A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO

1er. Apellido: [] 2do. Apellido: [] 1er. Nombre: [] 2do. Nombre: []
 Tipo de documento: [] Nro. Documento: []
 Dirección: []
 Departamento: [] Cod: [] Telefono: []
 Municipio: [] Cod: []

VII. DATOS DE REFERENCIA

Tipo de Referencia: []
 Fecha remisión: [] A las: []
 Prestador que Remite: []
 Código de Inscripción: []
 Profesional que Remite: []
 Cargo: []
 Fecha de Aceptación: [] A las: []
 Prestador que Recibe: []
 Código de Inscripción: []
 Profesional que Recibe: []
 Cargo: []

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

El representante legal, para el transporte desde el sitio del evento hasta el primer IPS (Transporte Primario).

Datos del Vehículo: Placa []
 Datos del Conductor que transporta la víctima:
 1er. Apellido: [] 2do. Apellido: [] 1er. Nombre: [] 2do. Nombre: []
 Tipo de documento: [] Nro. Documento: []
 Transporta la víctima desde: [] Hasta: []
 Tipo de Transporte: Ambulancia básica Ambulancia medicalizada Lugar donde recoge la Víctima: Zona []

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

Fecha de Ingreso: 15-05-2001 a las 17:57 Fecha de Egreso: 19-05-2001 a las 11:36
 Código diagnóstico principal de Ingreso: S601 Código diagnóstico principal de Egreso: S801
 Otro Código diagnóstico de Ingreso: [] Otro Código diagnóstico de Egreso: []
 Otro Código diagnóstico de Ingreso: S818 Otro Código diagnóstico de Egreso: S818

DATOS DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE

ROMERO 1er. Apellido: [] 2do. Apellido: [] CRISTIAN 1er. Nombre: [] 2do. Nombre: []
 Tipo de documento: [] Nro. Documento: 1019045021
 Nro. de Registro Médico: []

X. AMPAROS QUE RECLAMA

Marque con una "X" la casilla correspondiente al servicio reclamado

	Marque	Valor total facturado	Valor Reclamado al FOFYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	<input type="checkbox"/>	\$ 0	\$ 0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	<input type="checkbox"/>	\$ - 0	\$ - 0

El total facturado y reclamado descrito en este formulario debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, entre otros, que se utilizaron.

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiación del Ministerio de la Protección Social por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud y la Contaduría General de la República con la IPS y los Asegurados, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

LILIANA ANGEL ALVAREZ
 NOMBRE

[Firma manuscrita]
 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL GERENTE O SU DELEGADO



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD
POR SERVICIOS PRESTADO A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

Fecha Radicación: [] No. Radicado: []
GP GT []
No. Radicado anterior: [0] Nro Factura [0]

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: MEDICENTRO FAMILIAR IPS S.A.S
Código de Habilitación: 110312156101 Nit: 900386628-1
Dirección: CLI 20 F 28-62
Departamento: BOGOTA Cod: 11 Telefono: 2673050
Municipio: BOGOTA Cnd: 001

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

VASQUEZ Ter. Apellido DUQUE 2do. Apellido AMPARO Ter. Nombre
Tipo de documento: CC Nro. Documento: 51572220
Fecha de Nacimiento: 09-11-1959 Sexo: F
Dirección Residencia: CLL 15 N SUR N 3-40
Departamento: BOGOTA D.C. Cod: 11 Telefono: 3154197305
Municipio: BOGOTA D.C. Cod: 001
Condición del Accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

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

NATURALEZA DEL EVENTO
Naturales: Accidente de Tránsito
 Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas Huracán
 Inundación Avalancha Deslizamiento de Tierra Incendio Natural
Terroristas: Explosión Terrorista Masacre Mina Antipersona Combate
 Incendio Terrorista Ataque a Municipios
Otros Cual? []
Dirección de la Ocurrencia: CRA 102 CON CL 24
Fecha Evento/Accidente: 18-05-2021 Hora: 16:15
Departamento: BOGOTA D.C. Cod: 11
Municipio: BOGOTA D.C. Cod: 001 Zona: L

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito (Enuncie las principales características del evento / accident)
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE VEHICULO DE SERVICIO PUBLICO QUE AL ABRIR LA PUERTA CAE DE ESTE Y RESULTA LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Asegurado No Asegurado Vehículo fantasma Poliza falsa Vehículo en fuga
Marca: [] Placa: []
Tipo de Servicio: Particular Público Oficial Vehículo de emergencia Vehículo de servicio diplomático o consular
Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar
Nombre de la Aseguradora: ALRES Código de la Aseguradora: []
Número de la Poliza: 0 Intervención de Autoridad: Si No
Vigencia de la Poliza: Desde [] Hasta [] Cobro Excedente de Poliz: Si No

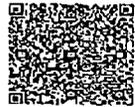
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er. Apellido [] 2do. Apellido [] 1er Nombre [] 2do. Nombre []
Tipo de documento: [] Nro. Documento: []
Dirección: []
Departamento: [] Cod: [] Telefono: []
Municipio: [] Cnd: []



Medicentro
Familiar
I. P. S.

MEDICENTRO FAMILIAR I.P.S. S.A.S.
N.I.T. 900385628-1
CLL 20 # 98-62 Tel.: 2673050



Cufe: 85c9677a55edc2d59136697c50531db367d8ae9e979c967ed8c7de0950c367ac52d02afd57783e347c65c19583351e80

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: MED12084

Fecha de Expedición 20/05/2021

Página 2 de 2

Resolucion DIAN # 18764011618654 del 17/03/2021 al 17/03/2022 de la MED10.001 a la MED50.000

Nota: 1. En caso de mora en el pago de esta factura se causaran intereses mensuales a la tasa maxima legal. 2. Esta factura cambiaria de compraventa se asimila en sus efectos a la letra de cambio (Art. 774 del Código de Comercio). 3. Servicios de Salud Servicios Excluidos de IVA

Nombre del Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE	Admisión: 15493
Identificación: CC - 51572220	Edad: 61 A
Dirección CLL 48 N SUR 3 60	Teléfono: 3154197305
Municipio BOGOTA D.C. (BOGOTA D.C.)	Servicio: URGENCIAS
Responsable: ADRES	NIT 901037916-1

CUPS	Cód. Tarifa	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
------	-------------	-------------	----------	--------------	-----------

Detallado de la Factura

INSUMOS MEDICOS

MF00285		JERINGA 10 ML 3P C/A SISTEMA LUER LOCK	6,00	673	4.038
MF00512		VENDA DE ALGODON 5 X 5	1,00	2.837	2.837
MF00521		VENDA ELASTICA 5 X 5	1,00	3.674	3.674
SubTotal					\$ 42.447

OTROS CONCEPTOS

S55115	39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES OXIGENO AGENTES Y GASES ANESTESICOS	1,00	70.000	70.000
SubTotal					\$ 70.000

Valor en Letras
SETECIENTOS ONCE MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE.

SubTotal Cargos:	\$ 711.022
Abonos ó Cuotas:	\$ 0
Anticipos:	\$ 0
Descuentos:	\$ 0
Valor a Pagar:	\$ 711.022

Jefferson Morales Quinter
DIRECCIÓN FAMILIAR I.P.S. S.A.S.
NIT: 900385628-1
Servicios de Salud Excluidos de IVA
CLL 20 # 98-62 Bogotá D.C. Tel: 2673050

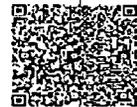
Elaborado por: JEFFERSON MORALES QUINTER
Facturación

Firma del Paciente ó Responsable:



Medicentro
Familiar
I.P.S.

MEDICENTRO FAMILIAR I.P.S. S.A.S.
N.I.T. 900385628-1
CLL 20 # 98-62 Tel.: 2673050



Cufe: 85c9677a55edc2d59136697c50531db367d8ae9b979c967ec8c7de0950e367ac52d02afd57783e347c65c19583351e80

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: MED12084

Página 1 de 2

Fecha de Expedición 20/05/2021

Resolución DIAN # 18764011619854 del 17/03/2021 al 17/03/2022 de la MED10.001 a la MED50.000

Nota: 1. En caso de mora en el pago de esta factura se causaran intereses mensuales a la tasa máxima legal. 2. Esta factura camariana de compraventa se asimila en sus efectos a la letra de cambio (Art 774 del Código de Comercio). 3. Servicios de Salud Servicios Excluidos de IVA

Nombre del Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE	Admisión: 15493
Identificación: CC - 51572220	Edad: 61 A
Dirección CLL 48 N SUR 3 60	Teléfono: 3154197305
Municipio BOGOTA D.C. (BOGOTA D.C.)	Servicio: URGENCIAS
Responsable: ADRES	NIT 901037916-1

CUPS	Cód. Tarifa	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
------	-------------	-------------	----------	--------------	-----------

Detallado de la Factura

ESTANCIAS					
10M002	38122	HABITACION BIPERSONAL II NIVEL	1,00	254,400	254,400
SubTotal					\$ 254,400
CONSULTAS					
890480	39140	INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA (ORTOPEDIA)	1,00	57,800	57,800
890793	39145	CONSULTA DE URGENCIAS	1,00	59,700	59,700
SubTotal					\$ 117,500
DERECHOS DE SALA					
S22102	39201	DERECHOS DE SALA PARA SUTURAS	1,00	49,700	49,700
SubTotal					\$ 49,700
AYUDAS DIAGNOSTICAS					
873313	21102	RX. BRAZO PIERNA RODILLA FEMUR HOMBRO OMOPLATO	1,00	66,300	66,300
SubTotal					\$ 66,300
PROCEDIMIENTOS					
347100	39146	SUTURA	1,00	17,000	17,000
SubTotal					\$ 17,000
MEDICAMENTOS					
19929856-5		CEFALEXINA TABLETA Y/O CAPSULA 500 MG CAP (AMBULATORIO)	21,00	2,106	44,226
53704-07		CEFAZOLINA	3,00	3,250	9,750
19934768-20		DICLOFENACO SODICO SOLUCION INYECTABLE 75MG/3ML	3,00	3,218	9,654
000017145-18		NAPROXENO CAPSULA 250 MG CAP (AMBULATORIO)	15,00	663	9,945
19942695-02		SOLUCION SALINA NORMAL 09 500	4,00	5,025	20,100
SubTotal					\$ 93,675
INSUMOS MEDICOS					
EQUI001		EQUIPO BURETROL 150 ML GOTHAPLAST	1,00	16,900	16,900
MF00147		CATETER INTRAVENOSO NO 18	1,00	4,649	4,649
MF00216		EQUIPO EXTENSION DE ANESTESIA ADULTO	1,00	6,435	6,435
MF00220		EQUIPO MACROGOTEO S/A 10 GOTAS/ML	1,00	3,914	3,914

INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA

Número:	4781	Fecha de Impresión:	19/05/2021
	Admisión:	15483	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57
	Nombre del Paciente:	VASQUEZ DUQUE AMPARO	
	Identificación:	CC 51572220	Fecha Nac.: 01/11/1959
		Edad:	61
		Genero:	F
Entidad Responsable:	ADRES	CONTRIBUTIVO	Nivel: Rango A
Dx Principal de Egreso:			

INCAPACIDAD MEDICA EXTRAHOSPITALARIA:

Días de Incapacidad: 5
 Fecha de Inicio de Incapacidad: 19/05/2021
 Fecha Fin de Incapacidad: 23/05/2021



Firma de Médico Tratante

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
 Registro Médico: 750654
 Especialidad: Medicina General

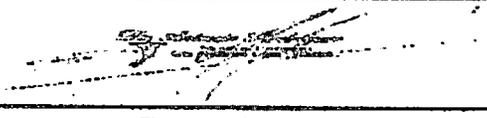
Cl. 20 #39 - 72, Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673050 BOGOTÁ D.C.

INCAPACIDAD HOSPITALARIA

Número:	4781	Fecha de Impresión:	19/05/2021
	Admisión:	15483	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57
	Nombre del Paciente:	VASQUEZ DUQUE AMPARO	
	Identificación:	CC 51572220	Fecha Nac.: 01/11/1959
		Edad:	61
		Genero:	F
Entidad Responsable:	ADRES	CONTRIBUTIVO	Nivel: Rango A
Dx Principal de Egreso:			

INCAPACIDAD MEDICA HOSPITALARIA:

Días de Incapacidad: 2
 Fecha de Inicio de Incapacidad: 18/05/2021
 Fecha de Egreso: 19/05/2021



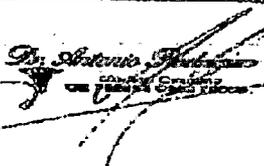
Firma de Médico Tratante

Nombre del Médico: ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ
 Registro Médico: 750654
 Especialidad: Medicina General

Cl. 20 #39 - 72, Bogotá FONTIBÓN TEL. 2673050 BOGOTÁ D.C.

ORDEN DE CITA

Número: 0353

 Medicentro Fundación I.P.S.	Admisión: <u>15493</u>	Fecha y Hora Ing: 18/05/2021 17:57	VIP	Cama: Urg-9
	Nombre del Paciente: VASQUEZ DUQUE AMPARO			
	Identificación: CC <u>.51572220</u>	Fecha Nac.: 9/11/1959	Edad: 61 A	Genero: F
Entidad Responsable: ADRES		Régimen: CONTRIBUTIVO		
Dx Principal de Egreso:				
Descripción				
CITA DE CONTROL POR CLÍNICA DE HERIDAS				
Nota: retiro de puntos de sutura en 7 días				
				
Nombre Médico:	ANTONIO ISAAC RODRIGUEZ RODRIGUEZ			
Registro Médico:	750354			
Especialidad:	Medicina General			

REMISIÓN DE INCAPACIDAD

Tipo Remisión Ambulatoria Hospitalaria

Nro. Incapacidad: 1299387 Fecha Expedición: 2021-05-27 09:27:03 AM Ciudad: BOGOTA

Datos afiliado

Nombre del afiliado: AMPARO VASQUEZ DUQUE ID: CC 51572220
 Tipo usuario: COTIZANTE
 Empresa donde labora: ID:

Datos incapacidad/licencia

Origen: OTRO TIPO DE ACCIDENTE Dias solicitados: 4
 Dias en letras: CUATRO DIAS
 Diagnóstico: S818 Fecha final: 30/05/2021
 Fecha inicial: 27/05/2021 Dias acumulados: 0
 Prorroga: NO
 Observación:

Datos del médico o IPS prestador del servicio

Nombre profesional: ROBERT EFREN TORRES MONGUI Reg. Profesional: 79411436
 Especialidad: MEDICINA GENERAL Ciudad prestador: BOGOTA
 Razón social prestatario: FLORESTA ID: 110010559704

Notas aclaratorias

 SUBDIRECCION DE SALUD
 Dr. ROBERT EFREN TORRES MONGUI
 Médico General Urgencias R.M.S 25644-97
 Firma Medico

REMISIÓN DE INCAPACIDADTipo Remisión Ambulatoria Hospitalaria Nro. Incapacidad: **1299387** Fecha Expedición: 2021-05-27 09:27:03 AM Ciudad: BOGOTA**Datos afiliado**

Nombre del afiliado: AMPARO VASQUEZ DUQUE ID: CC 51572220
 Tipo usuario: COTIZANTE
 Empresa donde labora: ID:

Datos incapacidad/licencia

Origen: OTRO TIPO DE ACCIDENTE Dias solicitados: 4
 Dias en letras: CUATRO DIAS
 Diagnóstico: S618
 Fecha inicial: 27/05/2021 Fecha final: 30/05/2021
 Prorroga: NO Dias acumulados: 0
 Observación:

Datos del médico o IPS prestador del servicio

Nombre profesional: ROBERT EFREN TORRES MONGUI Reg. Profesional: 79411438
 Especialidad: MEDICINA GENERAL Ciudad prestador: BOGOTA
 Razón social prestario: FLORESTA ID: 110010559704

Notas aclaratorias

CAJAM SUBDIRECCION DE SALUD
Dr. ROBERT EFREN TORRES MONGUI
 Médico General Urgencias R.M.S 25644-97
 Firma Médico



INCAPACIDAD MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO -NIT: 860015536-1

Fecha: 30-may-2021

No. 109834

Nombres y Apellidos

AMPARO VASQUEZ DUQUE

Tipo y N° Documento

Cédula 51572220

Empresa donde Trabaja

Ocupación

Teléfono

Diagnóstico

Código: S818

Observaciones:

Origen de la Incapacidad

Tipo

Accidente de Tránsito

Ambulatoria - Primera Vez

Fecha de Inicio

Días

30/05/2021

10 (diez)

Fecha de finalizacion

08/06/2021

Observaciones

.....

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

Firma Médico SANTIAGO PEÑA RESTREPO

Firma Paciente

R.M. No. 1032414818

Doc N°: Cédula 51572220

Cra. 7 No. 40-52 Conmutador 594 61 61 Fax 594 6165 - Solicitud Citas Medicas Contact Center Tel: 390 4874

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

Impreso Por SANTIAGO PEÑA RESTREPO

30/05/2021

03:08:02p.m.

1 de 1



INCAPACIDAD MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO -NIT: 860015536-1

Fecha: 30-may-2021

No.

109834

Nombres y Apellidos

AMPARO VASQUEZ DUQUE

Tipo y N° Documento

Cédula 51572220

Empresa donde Trabaja

Ocupación

Teléfono

Diagnóstico

Código: S818

Observaciones:

Origen de la Incapacidad

Accidente de Tránsito

Tipo

Ambulatoria - Primera Vez

Fecha de Inicio

30/05/2021

Días

10 (diez)

Fecha de finalizacion

08/06/2021

Observaciones

.....

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

Firma Médico SANTIAGO PEÑA RESTREPO

Firma Paciente

R.M. No. 1032414818

Doc N°: Cédula 51572220

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 SANTIAGO PEÑA RESTREPO

30/05/2021

03:08:02p.m.

1 de 1

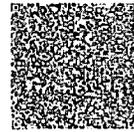


HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

860.015.536--1

Cra. 7 No. 40-60 Comutador 594 61 61 Fax 594 6165 - Solicitudes Citas Medicas Contact Center Tel: 590 4874

09/09/2021 11:47:19 a.m



54aa95b0c0151628d01391a248805284c00eca196fc2a3182da1c6475d04112c7c23e68d0315a0173a25cc13d9577

SEÑORES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL
 SISTEMA GENERAL
 TELEFONO 330500
 DIRECCION CR 13 32 76
 MUNICIPIO BOGOTA
 FECHA 09-jun-2021 11:41 VENCE 09-jul-2021 11:41

NIT 901.037.916.1
 PLAN ADMINISTRADORA DE LOS
 RECURSOS DEL SISTEMA
 CONTRATO
 9130 - ADMINISTRADORA DE LOS
 RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL

FACTURA ELECTRÓNICA DE
VENTA



BTA 6512560

Por Concepto de Servicios Prestados a:		Identificación		HC		Estancia		
VASQUEZ DUQUE AMPARO		CC 51572220						
Número Atención 7749782		Ingreso		Egreso				
Urgencias		09/jun/2021 6:24:19 am		09/jun/2021 11:30:07 am		0		
Item	Alternativo	Descripción	Fecha	Vale	Unidad	Val / Uni	Cun	Valor Total
PROCEDIMIENTO NO QX								192,900
52		HONORARIOS MEDICOS						59,700
1	39145	CUPS:290702 - CONSULTA DE URGENCIAS	09/06/2021	40613284	Unidad	59,700	1.00	59,700
228		LABORATORIO CLINICO-BASICOS						51,200
2	16805	CUPS:906913 - PROTEINA C REACTIVA PCR, PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION	09/06/2021	40608851	Unidad	51,200	1.00	51,200
227		LABORATORIO CLINICO-ESPECIALES						25,100
3	19304	CUPS:902210 - CUADRO HEMATICO C -EMOGRAMA HEMATOOCRITO Y LEUCOGRAMA	09/06/2021	40608851	Unidad	25,100	1.00	25,100
ORTO								56,900
4	37206	CUPS:971250 - INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	09/06/2021	40613286	Unidad	56,900	1.00	56,900
MEDICAMENTO								32,022
425		MEDICAMENTOS						32,022
5	CUM:535 6C-05 ATC:N02 BE01	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA	09/06/2021	40613313	Unidad	400	30.00	12,000
6	CUM:196 53925-07 ATC:J01 CF01	DICLOXACILINA 500 MG CAPSULA	09/06/2021	40513313	Unidad	549	28.00	15,372
7	CUM:171 45-16 ATC:M01 AE02	NAPROXEN 250MG TABLETA	09/06/2021	40613313	Unidad	485	10.00	4,850
INSUMOS								34,889
102C		ELEMENTOS HOSPITALARIOS						34,889
8	H100845	VENDA ALGODON NO ESTERIL 4X5	09/06/2021	40511298	Unidad	2,123	3.00	6,369
9	H100854	VENDA ALGODON NO ESTERIL 5X5	09/06/2021	40512127	Unidad	2,671	3.00	8,013
10	H100902	VENDA ELASTICA NO ESTERIL 4X5	09/06/2021	40511298	Unidad	2,913	3.00	8,739
11	H100905	VENDA ELASTICA NO ESTERIL 5X5	09/06/2021	40512127	Unidad	3,556	3.00	11,568
SON DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS ONCE PESOS COLOMBIANOS MONEDA CORRIENTE CON CERO PESOS COLOMBIANOS CENTAVOS						Valor Bruto		\$ 259,911
						Descuento		\$ 0
						Valor Neto		\$ 259,911
						Pagos		
Total Items: 11						Total		\$ 259,911



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
860.015.536--1

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

SEÑORES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
TELEFONO 330500
DIRECCION CR 13 32 78
MUNICIPIO BOGOTA
FECHA 09-jun-2021 11:41 VENCE 09-jul-2021 11:41

NIT 901.037.915-1
PLAN ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA
CONTRATO 8130-ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA



BTA 6512560

Por Concepto de Servicios Prestados a:		Identificación		HC		Estancia	
VASQUEZ DUQUE AMPARO		CC 51572220					
Número Atención		Ingreso		Egreso			
7749782		09/jun/2021 6:24:19 am		09/jun/2021 11:30:07 am		0	
Urgencias		Fecha		Hora		Valor Total	
Item Alterno Descripción		Fecha		Hora		Valor Total	
 Aceptado Nit o C.C. 51572220		 LIZETH TATIANA CORRALES CORONADO Elabora					
NO HAGER RETENCION, ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO							
Hago conste: que he recibido a satisfacción los Servicios de Salud, Elementos, Medicamentos, y Materiales descritos en el presente título valor							
<small>Entidad sin ánimo de lucro (Rep.81-Ago 4-1942 y Cra 11 de 1915 Min Gobierno -Vigilada por Ministerio de Salud) Gran Contribuyente Res 000105 Nov 25,2020 Entidad no sujeta a retención en la fuente (Art. 19-1 ET) Actividades de servicios médicos excentuada del Impuesto a las Ventas (Art. 476 Estatuto Tributario Decreto 624-89) No sujeta al impuesto de industria y comercio (Art. 4 Acuerdo 2183 - Concejo Bogota) Actividad económica 8610. Documento Oficial de Autorización de numeración de facturación No. 18765005587291 de abril 27/2020 (prejuzgo BTA desde 6500001 hasta 7500000) vigencia 24 meses La presente factura electrónica de venta se asume para todos los efectos legales a una letra de cambio conforme lo dispuesto por el Art. 774 del Código del Comercio, por tal motivo el incumplimiento del pago en la fecha de vencimiento genera intereses legales moratorios Impreso por HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO Forma de pago efectivo y medio de pago contado Preceder Tecnológico Transfinanci NIT 903 032 159-1 y Software IFactura</small>							



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADO A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PRESONAS JURÍDICAS - FURIPS

Fecha Radicación:

D	D	M	M	A	A	A	A

 RG No Radicado:
Nc. Radicado Anterior: Nc. Factura/ Cuenta de cobro: 6512560

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
Codigo Habilitación:

1	1	0	0	1	0	9	4	5	6	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Nit: 860015536-1

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO
Primer Apellido: VASQUEZ Segundo Apellido: DUQUE
Primer Nombre: AMPARO Segundo Nombre:
Tipo de Documento: CC CE PA Nit: TI RC No. Documento: 51572220
Fecha de Nacimiento: 09111959 Sexo: M F
Dirección de Residencia: CLL 48 N SUR N 3 - 60
Departamento: CALDAS Cod: 11 Tel: 324251035
Municipio: BCGCTA Cod: 001

Condición del Accidentado: Conductor Peaton Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO
Naturaleza del Evento: Accidente de tránsito:
Naturales: Sismo: Maremoto: Erupciones Volcanicas: Huracan:
Inundaciones: Avalancha: Deslizamiento de tierra: Incendio Natural:
Terroristas: Explosión: Masacre: Mina Antipersonal: Combate:
Incendio: Ataques a municipios:
Otros: Cual?
Dirección de Ocurrencia: CRA 100 CALLE 24
Fecha Evento/Accidente: 18052021 Hora: 15:15
Departamento: DISTRITO CAPITAL Cod: 11 Zona: U
Municipio: BOGOTA Cod: 001 Zona: R

Descripción breve del evento catastrófico o Accidente de tránsito - Enuncie las principales características del evento/accidente:
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE VEHICULO DE SERVICIO PUBLICO QUIEN SUFRE CAIDA AL ABRIRSE LA PUERTA

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO
Estado de Aseguramiento: Asegurado: No Asegurado: Vehículo Fantasma: Póliza Falsa: Vehículo en fuga:
Marca: Placa:
Tipo de Servicio: Particular: Público: Oficial: Vehículo de emergencia: Vehículo Diplomático:
Vehículo de transporte masivo: Vehículo Escolar:
Código Aseguradora: SI NO
No. de la póliza: Intervención autoridad:
Vigencia Desde:

D	D	M	M	A	A	A	A

 Hasta:

D	D	M	M	A	A	A	A

 Cobro excedente póliza:

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO
Primer apellido o razón social: Segundo apellido:
Primer Nombre: Segundo Nombre:
Tipo de Documento: CC CE PA Nit: TI RC No. Documento:
Dirección Residencia:
Departamento: Cod: Tel:
Municipio Residencia: Cod:

Total Fotos:



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADO A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PRESONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN ACCIDENTES DE TRANSITO

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Tipo de Documento: CC CE PA Nit TI RC No. Documento: _____

Dirección Residencia: _____

Departamento: _____ Cod: _____ Tel: _____

Municipio Residencia: _____ Cod: _____

VII. DATOS DE REMISION

Tipo Referencia: Remisión Orden de Servicio

Fecha de remisión: DDMM AAAA a las HHMM

Prestador que remite: _____

Código de inscripción: _____

Profesional que remite: _____ Cargo: _____

Fecha de Aceptación: DDMM AAAA a las HHMM

Prestador que recibe: _____

Código de inscripción: _____

Profesional que recibe: _____ Cargo: _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primer IPS(transporte primario) y cuando se realiza en ambulancias de la misma IPS

Datos del vehiculo Placa No. _____

Transporto la Victima desde _____ hasta _____

Tipo de transporte: Ambulancia básica Ambulancia medicalizada Lugar donde recoge la victima Zona U R

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

Fecha de ingreso: 09062021 a las 0624

Fecha de egreso: 09062021 a las 1130

Codigo diagnóstico principal de ingreso: S899 Codigo diagnóstico principal de egreso: L031

Otro código diagnóstico de ingreso: _____ Otro Código diagnóstico de egreso: _____

Otro código diagnóstico de ingreso: _____ Otro Código diagnóstico de egreso: _____

ARANGO Primer apellido del medico profesional tratante PIEDRAHITA Segundo apellido del medico profesional tratante

NICOLAS Primer Nombre del medico profesional tratante Segundo Nombre del medico profesional tratante

Tipo de Documento: CC CE PA No. Documento: 1018451483

No. Registro Medico: 1018451483

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	Valor total facturado	Valor Reclamado al FOSYGA
Gastos Medicocirurgicos	\$ 259.911.00	\$ 0.00
Gastos de transporte	\$ 0.00	\$ 0.00

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

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL GERENTE O SU DELEGADO



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADO A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PRESONAS JURIDICAS - FURIPS

Fecha Radicacion: [DDMM] [AAAA] RG [0] No Radicado: []
No. Radicado Anterior: [] Nc. Factura/ Cuenta de cobro: 5512560

II. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
Codigo Habilitacion: [110010945601] Nit: [850015536-1]

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

Primer Apellido: VASQUEZ Segundo Apellido: DUQUE
Primer Nombre: AMPARO Segundo Nombre: []
Tipo de Documento: CC [X] CE [] PA [] Nit [] TI [] RC [] Nc. Documento: 51572220
Fecha de Nacimiento: [09111959] Sexo: M [] F [X]
Direccion de Residencia: CLI. 48 N SUR N. 3 - 60
Departamento: CALDAS Cod: [11] Tel: [324251035]
Municipio: BOGOTA Cod: [001]

Condicion del Accidentado: [] Conductor [] Peaton [X] Ocupante [] Ciclista

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

Naturaleza del Evento: Accidente de transito [X]
Naturales: Sismo [] Maremoto [] Erupciones Volcanicas [] Huracan []
Inundaciones [] Avalancha [] Deslizamiento de tierra [] Incendio Natural []
Terrores: Explosion [] Masacre [] Mina Antipersonal [] Combate []
Incendio [] Ataques a municipios []
Otros: [] Cuál? []
Direccion de Ocurrencia: CRA 100 CALLE 24
Fecha Evento/Accidente: [18052021] Hora: [1615]
Departamento: DISTRITO CAPITAL Cod: [11] Zona U [X] R []
Municipio: BOGOTA Cod: [001]

Descripcion breve del evento catastrófico o Accidente de tránsito - Enuncie las principales características del evento/accidente:
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE VEHICULO DE SERVICIO PUBLICO QUIEN SUFRE CAIDA AL ABRIRSE LA PUERTA

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Asegurado [] No Asegurado [] Vehiculo Fantasma [X] Poliza Falsa [] Vehiculo en fuga: []
Marca: [] Placa: []
Tipo de Servicio: Particular [] Público [] Oficial [] Vehiculo de emergencia [] Vehiculo Diplomático []
Vehiculo de transporte masivo [] Vehiculo Escolar []
Codigo Aseguradora: [] SI NO
No de la poliza: [] Intervención autoridad [X]
Vigencia Desde: [DDMM] [AAAA] Hasta: [DDMM] [AAAA] Cobro excedente poliza [X]

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

Primer apellido o razón social: [] Segundo apellido: []
Primer Nombre: [] Segundo Nombre: []
Tipo de Documento: CC [] CE [] PA [] Nit [] TI [] RC [] No. Documento: []
Direccion Residencia: []
Departamento: [] Cod: [] Tel: []
Municipio Residencia: [] Cod: []



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADO A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PRESONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN ACCIDENTES DE TRANSITO

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____
 Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Tipo de Documento: CC CE PA NII TI RC No. Documento: _____
 Dirección Residencia: _____
 Departamento: _____ Cod: _____ Tel: _____
 Municipio Residencia: _____ Cod: _____

VII. DATOS DE REMISION

Tipo Referencia: Remisión Orden de Servicio
 Fecha de remisión: DDMMAAAA a las HHMM
 Prestador que remite: _____
 Código de inscripción: _____
 Profesional que remite: _____ Cargo: _____
 Fecha de Aceptación: DDMMAAAA a las HHMM
 Prastador que recibe: _____
 Código de inscripción: _____
 Profesional que recibe: _____ Cargo: _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primer IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancias de la misma IPS

Datos del vehiculo: Placa No. _____
 Transporte la victima desde _____ hasta _____
 Tipo de transporte: Ambulancia básica Ambulancia medicalizada Lugar donde recoge la victima: Zona U R

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

Fecha de ingreso: 09062021 a las 0624
 Fecha de egreso: 09062021 a las 1130
 Codigo diagnóstico principal de ingreso: S899 Codigo diagnóstico principal de egreso: L031
 Otro código diagnóstico de ingreso: _____ Otro Código diagnóstico de egreso: _____
 Otro código diagnóstico de ingreso: _____ Otro Código diagnóstico de egreso: _____

ARANGO Primer apellido del medico profesional tratante PIEDRAHITA Segundo apellido del medico profesional tratante
 NICOLAS Primer Nombre del medico profesional tratante Segundo Nombre del medico profesional tratante

Tipo de Documento: CC CE PA No. Documento: 1018451483
 No. Registro Medico: 1018451483

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	Valor total facturado	Valor Reclamado al FOSYGA
Gastos Médicoquirúrgicos	\$ 259,911.00	\$ 0.00
Gastos de transporte	\$ 0.00	\$ 0.00

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

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



RESUMEN DE ATENCIÓN

Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE - Cédula 51572220

Bogotá D.C.

'Apreciado Doctor(a):

Hemos atendido al (la) paciente AMPARO VASQUEZ DUQUE de 61 Años Identificado(a) con Cédula No. 51572220, el Día 09/06/2021 10:58:56 a.m., en 1 Piso - Urgencias, remitido para valoración especializada; después de revisar el caso y examinar el (la) paciente se informa lo siguiente:

Diagnóstico:

1 - CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS (L031)

* Motivo de la consulta:

ME GOLPEE CN EL ALIMENTADOR

* Enfermedad actual:

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION POSTERIOR A TRAUMA CONTUNDENTE CON OBJETO METALICO EL DIA 18.05.21 CON LESION DE TEJIDOS BLANDOS, PACIENTE INICIALMENTE REALIZA LAVADO DE LA HERIDA SIN EMBARGO INICIA CON SECRESION PURULENTO POR LO QUE CONSULTO EL DIA 30.05.21 A LA INSTITUCION, DEJAN MANEJO AMBULATORIO CON DICLOXACILINA X 10 DIAS CON CONTROL AMBULATORIO EN 8 DIAS, CONSULTA POR PERSISTENCIA DE LS SINTOMAS Y SALIDA DE MATERIAL SEROHEMATICO EL DIA DE AYER. NIEGA FIEBRE

* Revisión por Sistemas:

NO REFIERE SINTOMAS RESPIRATORIOS

* Antecedentes:

- Patológicos: ARTRITIS DEGENERATIVA, GASTRITIS

- Quirúrgicos: NIEGA

- Farmacológicos: OMEPRAZOL

Subjetivo y Objetivo:

Concepto y Plan de tratamiento:

NOTA ADICIONAL ORTOPEDIA:

SE ADICIONA A HISTORIA CLINICA RELATO DE LA PACIENTE:

"AL SUBIR AL ALIMENTADOR RESBALE CON EL ESTRIBO DEL ALIMENTADOR Y ME GOLPEE LA PARTE DELA CANILLA Y ME LLEVARON DE URGENCIAS DE LA CLINICA MAS CERCANA MEDICENTRO FAMILIAR FONTIBON DONDE ME ATENDIERON CON 4 PUNTOS DE SATUTACION".

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

Cordialmente,

Médico: HERNANDO GAITAN LEE - Ortopedia Y Traumatología

Reg: 1020764457



RESUMEN DE ATENCIÓN

Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE - Cédula 51572220

Bogotá D.C.

'Apreciado Doctor(a):'

Hemos atendido al (la) paciente AMPARO VASQUEZ DUQUE de 51 Años identificado(a) con Cédula No. 51572220, el Día 09/06/2021 10:32:19 a.m., en 1 Piso - Urgencias, remitido para valoración especializada; después de revisar el caso y examinar el (la) paciente se informa lo siguiente:

Diagnóstico:

1 - CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS (L031)

* Motivo de la consulta:

ME GOLPEE CN EL ALIMENTADOR

* Enfermedad actual:

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 2 SEMENAS DE EVOLUCION POSTERIOR A TRAUMA CONTUNDENTE CON OBJETO METALICO EL DIA 18.05.21 CON LESION DE TEJIDOS BLANDOS, PACIENTE INICIALMENTE REALIZA LAVADO DE LA HERIDA SIN EMBARGO INICIA CON SECRECION PURULENTE POR LO QUE CONSULTO EL DIA 30.05.21 A LA INSTITUCION, DEJAN MANEJO AMBULATORIO CON DICLOXACILINA X 10 DIAS CON CONTROL AMBULATORIO EN 8 DIAS, CONSULTA POR PERSISTENCIA DE LS SINTOMAS Y SALIDA DE MATERIAL SEROHEMATICO EL DIA DE AYER. NIEGA FIEBRE

* Revisión por Sistemas:

NO REFIER SINTOMAS RESPIRATORIOS

* Antecedentes:

- Patológicos: ARTRITIS DEGENERATIVA, GASTRITIS

- Quirúrgicos: NIEGA

- Farmacológicos: OMEPRAZOL

Recomiendo Manejo así:

- Acetaminofen 500mg Tableta

Resp: HERNANDO GAITAN LEE

- Dicloxacilina 500 mg Capsula

Resp: HERNANDO GAITAN LEE

- Naproxeno 250mg Tableta

Resp: HERNANDO GAITAN LEE

Concepto:

ORTOPEDIA URGENCIAS

SE REVALORA PACIENTE CON PARACLINICOS, HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS NO NEUTROFILIA, VSG NEGATIVA, PCR LIGERMANETE ELEVADA 0.6, SE COSNIDERA PACIENTE CON INFECCION LOCALIZADA SIN RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, POR LO QUE SE COSNIDFRA DAR EGRRSO CON MANEJO ANTIBIOTICO, CONTROL POR CLINICA DE HERIDAS, SE EXPLICA A LA PACIENTE CONDUCTAS ENTIENDE Y ACEPTA.

NOTA DE PROCEDIMIENTO

PREVIO CONSENTIMIENTO VERBAL DE LA PACIENTE EN SALAS DE PROCEDIMEINTO, SE REALIZA INMOVILIACION CON VENDAJE BULTOSO, PROCEDIMEINTO SIN COMPLICACIONES

Y se Solicita:

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

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

Cordialmente,

Médico: HERNANDO GAITAN LEE - Ortopedia Y Traumatología

Reg: 1020764457

Hernando Gaitan Lee
Ortopedia y Traumatología
Hospital Universitario San Ignacio

Hospital Universitario San Ignacio
Cra. 7 No. 40-62 Comutador 594 51 61 Fax 594 6165 - Solicitud Citas Medicas Contact Center Tel. 390 4574
www.husi.org.co - Cód. Hab. Atención: 1100109456 - Bogotá, D.C. - nosf.cab@husi.org.co

Impreso Por HERNANDO GAITAN LEE

09/05/2021

10:37:05a.m.

1 de 1



Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE

Nro Historia: C.C: 51572220

6: Años - Sexo Femenino - Administradora De Los Recursos Del Sistema General ** Administradora De Los Recursos Del Sistema General **

Dirección: Cl: 48 N Sur N. 3 - 60 Teléfono: 3242510356

Servicio: 1 Piso - Urgencias

Tipo Usuario: Cotizante

Vigencia de la prescripción: 1 Día

Fecha: 21/06/2021 07:05:49a.m

MEDICAMENTOS

1 Acetaminofen 500mg Tableta
Dosis/Frecuencia: 500 mg Cada 6 Hora(s)
Duración tratamiento: 5 Día(s)
Via: Oral

Resp: VANESSA VILLA MUNOZ - subfórmula 2 (21/06/2021 08:50:00 a.m.)

2 Ibuprofeno 400mg tableta
Dosis/Frecuencia: 400 mg Cada 12 Hora(s)
Duración tratamiento: 5 Día(s)
Via: Oral

Resp: VANESSA VILLA MUNOZ - subfórmula 2 (21/06/2021 08:50:00 a.m.)

CANTIDAD

20
Veinte

10
Diez

Indicaciones del Prescriptor:

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

Médico:
VILLA MUNOZ VANESSA

Firma:

Vanessa ref.

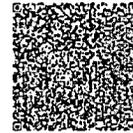
Registro:
1084913595

**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**

860.015.536--1

Cra. 7 No. 40-62 Compuador 594 61 61 Fax 594 61 65 - Solicitud Citas Medicas Contact Center Tel. 390 4874

21/06/2021 09:50:45 a.m.



5C3571ca45149f5f772aa3ba48d3e18727c25e6750a40e25e281627a93916629891831fb420c254a938c70c385e1909

SEÑORES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
TELEFONO 330500
DIRECCION CR :3 32 76
MUNICIPIO BOGOTA
FECHA 21-jun-2021 9:50 **VENCE** 21-jul-2021 09:50

NIT 931 037.916-1
PLAN ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA
CONTRATO
 9130 -ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA**BTA- 6525026**

Por Concepto de Servicios Prestados a:		Identificación		HC		Estancia		
VASQUEZ DUQUE AMPARO		CC 51572220						
Número Atención		7775022		Ingreso		Egreso		
Urgencias		21/jun/2021 6:31:07 am		21/jun/2021 9:50:22 am		0		
Item	Alterno	Descripción	Fecha	Val	Unidad	Val / Uni	Can	Valor Total
PROCEDIMIENTO NO QX								244,000
52		HONORARIOS MÉDICOS						59,700
1	39145	CUPS.892701 - CONSULTA DE URGENCIAS	21/06/2021	40742159	Unidad	59,700	1.00	59,700
226		LABORATORIO CLÍNICO-BÁSICOS						80,800
2	18480	CUPS.903841 - GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	21/06/2021	40740137	Unidad	15,100	1.00	15,100
3	19290	CUPS.903895 - SUERO, ORINA Y OTROS	21/06/2021	40740137	Unidad	14,500	1.00	14,500
4	19806	CUPS.905913 - PROTEÍNA C REACTIVA PCR, PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISIÓN	21/06/2021	40740137	Unidad	51,200	1.00	51,200
227		LABORATORIO CLÍNICO-ESPECIALES						37,200
5	19304	CUPS.907210 - CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	21/06/2021	40740137	Unidad	25,100	1.00	25,100
6	19740	CUPS.903853 - NITRÓGENO URÉICO	21/06/2021	40740137	Unidad	12,100	1.00	12,100
13		RADIOLOGÍA						66,300
7	21102	CUPS.873313 - BRAZO, PIERNA, RODILLA FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO	21/06/2021	40740829	Unidad	66,300	1.00	66,300
MEDICAMENTO								10,866
425		MEDICAMENTOS						10,866
8	CUM:535 60-C5 ATC:N02 BE01	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA	21/06/2021	40741806	Unidad	400	20.00	8,000
9	CUM:169 34788-20 ATC:MC1 AB05	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML (25MG/ML) SLN INY AMPOLLA X 3ML	21/06/2021	40735999	Unidad	1,166	1.00	1,166
10	CUM:513 30-17 ATC:MC1 AE01	IBUPROFENO 400MG TABLETA	21/06/2021	40741908	Unidad	170	10.00	1,700
INSUMOS								636
1009		ELEMENTOS HOSPITALARIOS						636
1:	H100531	JERINGA 5CC DES. 3 PARTES ROSCA AGUJA 21 G X 1 1/2	21/06/2021	40742002	Unidad	636	1.00	636
SON: DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS UNO PESOS COLOMBIANOS MONEDA CORRIENTE CON CERO PESOS COLOMBIANOS CENTAVOS						Valor Bruto	\$ 255,501	
						Descuento	\$ 0	
						Valor Neto	\$ 255,501	
						Pagos		
Total Items: 11						Total	\$ 255,501	



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

860.015.536--1

Cra. 7 No. 40-82 Conmatador 594 61 61 Fax: 594 6165 - Solicitudes Citas Medicas Contact Center Tel: 390 4874

SEÑORES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
 TELEFONO 33050C
 DIRECCION CR 13 22 76
 MUNICIPIO BOGOTA
 FECHA 21-jun-2021 9:50 VENCE 21-jul-2021 09:50

NIT 921.037.916-1
 PLAN ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA
 CONTRATO 8130 -ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA



BTA- 6525026

Por Concepto de Servicios Prestados a:			Identificación			HC		
VASQUEZ DUQUE AMPARO			CC 51672220			Estandia		
Número Atención		7775022	Ingreso		Egreso			
Urgencias			21/jun/2021 8:31:07 am		21/jun/2021 8:50:22 am		0	
Ítem	Alterno	Descripción	Fecha	Vale	Unidad	Val/Un	Can	Valor Total
<i>Jorge A Torres G</i>								
Aceptado			JORGE ALBERTO TORRES GALVIS					
Nit o C.C.			Elabora					
NO HACER RETENCION, ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO								
Hago constar que he recibido a satisfacción los Servicios de Salud, Elementos, Medicamentos, y Materiales descritos en el presente título valor								
Entidad sin ánimo de lucro (Rep:81-Ago-4-1942 y Oct 11 de 1945 Min. Gobierno -Vigilada por Ministerio de Salud) Gran Contribuyente Res 009105 Nov 25-2020. Entidad no sujeta a retención en la fuente (Art 19-1 E.T); Actividad de servicios médicos exceptuada del Impuesto a las Ventas (Art 476 Estatuto Tributario Decreto 62489). No sujeta al impuesto de industria y comercio (Art 4 Acuerdo 21-83 - Concejo Bogota.) Actividad económica 8619. Documento Oficial de Autorización de numeración de facturación No 18763035587291 de abril 27-2020 (prefijo BTA desde 850600) hasta 7506000) vigencia 24 meses. La presente factura electronica de venta se asume para todos los efectos legales a una letra de cambio conforme lo dispuesto por el Art 774 del Código del Comercio, por tal motivo el incumplimiento del pago en la fecha de vencimiento genera intereses legales moratorios Impreso por HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO. Forma de pago efectivo y medio de pago contado Proveedor Tecnológico Transfiereado No. 999 232.1534 y Software IFactura								



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADO A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PRESONAS JURIDICAS - FURIPS

Fecha Radicación:

D	D	M	M	A	A	A	A

 RG No. Radicado:
No. Radicado Anterior: No. Factura/ Cuenta de cobro:

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
Razón Social:
Código Habilitación: Nit:

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO
Primer Apellido: Segundo Apellido:
Primer Nombre: Segundo Nombre:
Tipo de Documento: CC CE PA Nit TI RC No. Documento:
Fecha de Nacimiento: Sexo: M F
Dirección de Residencia:
Departamento: Cod: Tel:
Municipio: Cod:

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

Naturaleza del Evento
Accidente de tránsito:
Naturales: Sismo: Maremoto: Erupciones Volcánicas: Huracán:
Inundaciones: Avalancha: Deslizamiento de tierra: Incendio Natural:
Terroristas: Explosión: Masacre: Mina Antipersonal: Combate:
Incendio: Ataques a municipios:
Otras: Cuál?
Dirección de Ocurrencia:
Fecha Evento/Accidente: Hora:
Departamento: Cod: Zona: U R
Municipio: Cod:

Descripción breve del evento catastrófico o Accidente de tránsito - Enumere las principales características del evento/accidente

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO
Estado de Aseguramiento: Asegurado: No Asegurado: Vehículo Fantasma: Poliza Falsa: Vehículo en fuga:
Marca: Placa:
Tipo de Servicio: Particular: Público: Oficial: Vehículo de emergencia: Vehículo Diplomático:
Vehículo de transporte masivo: Vehículo Escolar:
Código Aseguradora: SI NO
No. de la póliza: Intervención autorizada:
Vigencia Desde: Hasta: Cobro excedente póliza:

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO
Primer apellido o razón social: Segundo apellido:
Primer Nombre: Segundo Nombre:
Tipo de Documento: CC CE PA Nit TI RC No. Documento:
Dirección Residencia:
Departamento: Cod: Tel:
Municipio Residencia: Cod:



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADO A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PRESONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN ACCIDENTES DE TRANSITO

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Tipo de Documento: CC CE PA Nit TI RC No. Documento: _____

Dirección Residencia: _____

Departamento: _____ Cod: _____ Tel: _____

Municipio Residencia: _____ Cod: _____

VII. DATOS DE REMISION

Tipo Referencia: Remisión Orden de Servicio

Fecha de remisión: DDMM AAAA a las HHMM

Prestador que remite: _____

Código de inscripción: _____

Profesional que remite: _____ Cargo: _____

Fecha de Aceptación: DDMM AAAA a las HHMM

Prestador que recibe: _____

Código de inscripción: _____

Profesional que recibe: _____ Cargo: _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primer IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancias de la misma IPS

Datos del vehículo: Placa No. _____

Transporto la Víctima desde: _____ hasta: _____

Tipo de transporte: Ambulancia básica Ambulancia medicalizada Lugar donde recoge la víctima: Zona U R

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

Fecha de ingreso: 21062021 a las 0631

Fecha de egreso: 21062021 a las 0950

Código diagnóstico principal de ingreso: S819 Código diagnóstico principal de egreso: S819

Otro código diagnóstico de ingreso: _____ Otro Código diagnóstico de egreso: _____

Otro código diagnóstico de ingreso: _____ Otro Código diagnóstico de egreso: _____

VILLA _____ Primer apellido del medico profesional tratante

MUNOZ _____ Segundo apellido del medico profesional tratante

VANESSA _____ Primer Nombre del medico profesional tratante

Segundo Nombre del medico profesional tratante: _____

Tipo de Documento: CC CE PA No. Documento: 1094916595

No. Registro Médico: 1094916595

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	Valor total facturado	Valor Reclamado al FOSYGA
Gastos Médicoquirúrgicos	\$ 255.501.00	\$ 0.00
Gastos de transporte	\$ 0.00	\$ 0.00

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

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



HOSPITAL SAN IGNACIO
INSTRUCCIONES DE EGRESO

Fecha: 21-jun-2021

Nro Historia

Cédula 51572220

Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE

Edad: 61 Años - Sexo Femenino - ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
** ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL **

SIGNOS DE INFECCION:

SIGNOS DE ALERTA:

DOLOR INTENSO, AUMENTO DEL TAMAÑO DE LA LESIÓN, CAMBIOS DE COLORACIÓN DE LA PIEL,
SECRECIONES (SAGRE, PUS), FIEBRE 38 GRADOS CENTÍGRADOS

ACTIVIDAD FISICA:

DIETA:

RECOMENDACIONES GENERALES:

CURACIONES.

NO APLICAR ALCOHOL, ISODINE, AGUA OXIGENADA.

EVITAR LA HUMEDAD.

INCAPACIDAD MÉDICA: 0 Día(s).

DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN:

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 VANESSA VILLA MUNOZ

R.M. No. 1094916595



RESUMEN DE ATENCIÓN

Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE - Cédula 51572220

Bogotá D.C.

'Apreciado Doctor(a):'

Hemos atendido al (la) paciente AMPARO VASQUEZ DUQUE de 61 Años identificado(a) con Cédula No. 51572220, el Día 21/06/2021 08:40:18 a.m., en 1 Piso - Urgencias, remitido para valoración especializada; despues de revisar el caso y examinar el (la) paciente se informa lo siguiente:

Diagnóstico:

1 - HERIDA DE LA PIERNA PARTE NO ESPECIFICADA (S819)

* Motivo de la consulta:

" Una herida en la pierna "

Ocupació: Auxiliar de Producción.

* Enfermedad actual:

Paciente de 61 años de edad quien asiste por cuadro clínico de que ocurre el 18/05/2021 consistente en herida a nivel de cara anterior de la pierna derecha. En sitio inicial de atención realizan sutura de herida, sin embargo con posterior dehiscencia de la sutura.

Asiste por persistencia de la herida abierta y dolor. Niega alzas térmicas.

Valorada el 09/06/2021 en nuestra institución por Ortopedia donde realizan vendaje bultoso y dan manejo antibiótico Dicloxacilina por 7 días, sin mejoría.

Relato de la paciente: "Al subirme al alimentados resbale con el estribo del alimentador y me golpee la parte de la canilla, y me llevaron a urgencias de la clínica más cercana medicentro familiar fontibon donde me atendieron con 4 puntos de saturación "

* Revisión por Sistemas:

Diuresis: Normal

Deposiciones: Normales.

* Antecedentes:

Antecedentes Farmacológicos: - No Reporta Uso de Medicamentos . . .

- Patológicos: Niega

- Quirúrgicos: Niega

- Farmacológicos: Niega

- Tóxicos y alérgicos: Niega

- Gineco-obstétricos: G

Subjetivo y Objetivo:

Concepto y Plan de tratamiento:

REPORTE DE PARACLÍNICOS

Leucocitos: 8400, Hb: 15.8, Hto: 45.3%, Plaquetas: 310300, Neutrofilos: 47.3%, Linfocitos: 2.9

Glicemia: 93, Creatinina: 0.74, BUN: 15.2, PCR: 0.35

Radiografía de Pierna Derecha: Sin lesiones óseas ni articulares agudas.

Subjetivo

Paciente refiere mejoría del dolor.

Objetivo

PA: 125/80, FR: 80, FR: 19, SaO2: 94%

Estables condiciones, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria, Glasgow 15/15

Concepto

Paciente de 61 años de edad quien asiste por cuadro clínico de que ocurre el 18/05/2021 consistente en herida a nivel de cara anterior de la pierna derecha. En sitio inicial de atención realizan sutura de herida, sin embargo con posterior dehiscencia de la sutura.

Asiste por persistencia de la herida abierta y dolor. Niega alzas térmicas.

Valorada el 09/06/2021 en nuestra institución por Ortopedia donde realizan vendaje bultoso y dan manejo antibiótico Dicloxacilina por 7 días, sin mejoría.

Paraclicnicos de ingreso con hemograma normal, función renal conservada, PCR negativa y radiografía de pierna sin lesiones óseas o articulares agudas.

Cuadro clínico con Dehiscencia de Sutura de Herida de Pierna Derecha, ahora sin signos de infección, sin compromiso óseo.

Se indica por lo anterior manejo ambulatorio, se da orden para curaciones, se dan signos y síntomas de alarma, recomendaciones generales.

Paciente entiende y acepta.

Hospital Universitario San Ignacio

Cra. 7 No. 49-62 Comutador 594 51 61 Fax 584 6165 - Seminario Cerros Med. Cas. Contact Center Tel. 390 4574

www.huis.org.co Cas. Habitación 1100109456 - Bogotá, D.C. - notificaciones@huis.org.co

Impreso Por VANESSA VILLA MUÑOZ

21/06/2021

08:48:51a.m.

1 de 2



RESUMEN DE ATENCIÓN

Paciente: AMPARO VASQUEZ DUQUE - Cédula 51572220

Bogotá D.C.

Relato de la paciente: "Al subirme al alimentados resbale con el estribo del alimentador y me golpie la parte de la canilla, y me llevaron a urgencias de la clínica más cercana medicentro familiar fontibon donde me atendieron con 4 puntos de saturación."

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

Cordialmente,

Médico: VANESSA VILLA MUNOZ - Medicina General

Vanessa Villa Muñoz Reg: 1094916595



INCAPACIDAD MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO -NIT: 860015536-1

Fecha: 21-jun-2021

No.

110100

Nombres y Apellidos

AMPARO VASQUEZ DUQUE

Tipo y N° Documento

Cédula 51572220

Empresa donde Trabaja

Ocupación

Teléfono

Diagnóstico

Código: S819

Observaciones:

Origen de la Incapacidad

Enfermedad general

Tipo

Ambulatoria - Primera Vez

Fecha de Inicio

21/06/2021

Días

5 (cinco)

Fecha de finalizacion

25/06/2021

Observaciones

5 DÍAS.

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

Firma Médico VANESSA VILLA MUNOZ

R.M. No. 1094916595

Firma Paciente

Doc N°: Cédula 51572220

Cra. 7 No. 40-62 Conmutador 594 61 61 Fax 594 61 65 - Solicitud Citas Medicas Contact Center Tel: 390 4874

www.husi.org.co - Cod Habilitación: 1100109456 - Bogotá, D.C. - notificacion@husi.org.co

Impreso Por VANESSA VILLA MUNOZ

21/06/2021

08:50 55a.m.

1 de 1



INCAPACIDAD MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO -NIT: 860015536-1

Fecha: 21-jun-2021

No.

110100

Nombres y Apellidos

AMPARO VASQUEZ DUQUE

Tipo y N° Documento

Cédula 51572220

Empresa donde Trabaja

Ocupación

Teléfono

Diagnóstico

Código: S819

Observaciones:

Origen de la Incapacidad

Enfermedad general

Tipo

Ambulatoria - Primera Vez

Fecha de Inicio

21/06/2021

Días

5 (cinco)

Fecha de finalizacion

25/06/2021

Observaciones

5 DÍAS.

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

Firma Médico VANESSA VILLA MUNOZ

Firma Paciente

R.M. No. 1094916595

Doc N°: Cedula 51572220

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 VANESSA VILLA MUNOZ

21/06/2021 08:50:55a.m.

1 de 1

Bogotá, D.C.

ANEXO PAGARÉ
26677

Señores
Hospital Universitario San Ignacio
Ciudad

REF: Instrucciones para llenar Pagaré en Blanco

De acuerdo con el artículo 622 del Código de Comercio me(nos) permito(imos) dar instrucciones irrevocables para que sean llenados los espacios en blanco que se han dejado en el pagaré No. _____ que he(mos) suscrito a favor del Hospital Universitario San Ignacio y autorizo(amos) a la mencionada entidad a llenar los espacios correspondientes a: La cuantía, la fecha de vencimiento, la forma de pago y los intereses de plazo, de acuerdo a los siguientes criterios:

1. La cuantía será la suma que al momento de ser llenados los espacios en blanco, se adeude al Hospital Universitario San Ignacio, por concepto de los servicios médicos y hospitalarios, drogas, materiales de toda clase y en general cualquier gasto que sea atribuible a la atención prestada a :

2. La fecha de vencimiento del pagaré será el día en que sea llenado.
3. La forma de pago será: en un solo contado el día que sea llenado el pagaré, con todo podrá el Hospital, en cada caso, establecer un sistema de pago diferido.
4. Los intereses del plazo serán los mismos que el Hospital Universitario San Ignacio acostumbra a cobrar en el giro normal de sus operaciones.

Desde ahora, renuncio(amos) expresamente a cambiar los términos expresados en esta comunicación.

El pagaré así llenado será exigible inmediatamente y prestará mérito ejecutivo sin más requisitos ni requerimientos.

Copia de estas instrucciones queda en mi(nuestro) poder.

Atentamente,

FIRMA *Amparo Vásquez D.*
 NOMBRE Amparo Vásquez D.
 C.C.No. 51572226

FIRMA _____
 NOMBRE _____
 C.C.No. _____

TESTIGO _____
 C.C.No. _____

TESTIGO _____
 C.C.No. _____

o indirectamente para con el acreedor. c) Si (uno de nosotros) girare cheque que sea devuelto por el banco, por causa imputable al girador. d) En el evento de la muerte de (los) suscrito(s). e) Si me (nos) viera(mos) sometido(s) a concurso de acreedores. Acepto (Aceptamos) desde ahora, cualquier endoso, transferencia, o cesión que de este pagaré hiciera el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO a cualquier otra persona. No podré(mos) hacerme (hacernos) sustituir por un tercero en la totalidad o parte de las obligaciones emanadas de este pagaré, sin la autorización previa, expresa y escrita del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO. Declaro (declaramos) excusada la presentación para el pago, el aviso o rechazo y el protesto. La forma solidaria en que me (nos) obliga (obligamos) subsistirá en caso de prórroga de la obligación y durante todo el tiempo de la misma, aunque se pacte con uno solo de nosotros. Del mismo modo aceptamos que el recibo de los pagos parciales que efectuemos uno, varios o todos nosotros no implicará renuncia ni variación alguna en la incondicionalidad y solidaridad pactada. Emitido en

a los _____ días del mes de _____ de dos mil

(20)

NOMBRE	<i>Amparo Vasquez Dague</i>	NOMBRE	
C.C. No.	<i>51592-220</i>	C.C. No.	
DIRECCIÓN	<i>ell. 48 sur # 3-60 apto 204</i>	DIRECCIÓN	
TELÉFONO	<i>324 251 0343</i>	TELÉFONO	
CIUDAD	<i>Bogotá</i>	CIUDAD	

PAGARÉ No.

26677

Yo, (nosotros).

Mayor(es) de edad y vecino(s) de,

identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s)
me(nos) obligo(obligamos) a pagar solidaria e
incondicionalmente al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN
IGNACIO o a su orden o a quien represente sus derechos, en su,

oficina de Bogotá, la suma de

(\$) MCTE., con intereses de plazo liquidados a la tasa del
por ciento (%) anual sobre saldos. Me (nos) comprometo (comprometemos) a
pagar la suma mencionada en la forma y fecha(s) siguiente(s).

En caso de mora y mientras ella subsista, me (nos) obligo (obligamos) a reconocer y pagar intereses a la tasa equivalente al doble del interés bancario corriente, sin necesidad de requerimiento previo y sin perjuicio de los derechos y acciones que pueda ejercer el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO para obtener el recaudo de la obligación. Habrá mora en caso de que el pago de cualesquiera de los conceptos que giran alrededor del presente pagaré, capital, intereses, así como sus prórrogas, modificaciones, renovaciones, etc. no se produzcan en la fecha y forma acordada. A esta misma tasa deberán liquidarse los intereses que causen en desarrollo de lo dispuesto por el artículo 886 del Código de Comercio. De igual manera me (nos) obligo (obligamos) a pagar todos los gastos y costos de la cobranza, judicial o extrajudicial, incluidos los honorarios de abogado. Autorizo (autorizamos) al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO para que al vencimiento de este pagaré, debite de cualquier cuenta a mi (nuestro) favor el valor del saldo de esta obligación y de sus intereses. Expresamente autorizo (autorizamos) al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO para declarar vencido el plazo y exigir de inmediato el pago total de la obligación y sus intereses en uno cualquiera de los siguientes casos: a) Si en forma conjunta o separadamente fuese(mos) perseguido(s) judicialmente, ante cualquier autoridad y por cualquier persona. b) Si el (los) suscrito(s) incumpliese(mos) en cualquier forma las estipulaciones contenidas en este documento o cualquier otra obligación que tuviese(mos) directa

Bogotá, D.C.

ANEXO PAGARÉ

Señores
Hospital Universitario San Ignacio
Ciudad

26677

REF: Instrucciones para llenar Pagaré en Blanco

De acuerdo con el artículo 622 del Código de Comercio me(nos) permito(ímos) dar instrucciones irrevocables para que sean llenados los espacios en blanco que se han dejado en el pagaré No. _____ que he(mos) suscrito a favor del Hospital Universitario San Ignacio y autorizo(amos) a la mencionada entidad a llenar los espacios correspondientes a: La cuantía, la fecha de vencimiento, la forma de pago y los intereses de plazo, de acuerdo a los siguientes criterios:

1. La cuantía será la suma que al momento de ser llenados los espacios en blanco, se adeude al Hospital Universitario San Ignacio, por concepto de los servicios médicos y hospitalarios, drogas, materiales de toda clase y en general cualquier gasto que sea atribuible a la atención prestada a :

2. La fecha de vencimiento del pagaré será el día en que sea llenado.
3. La forma de pago será: en un solo contado el día que sea llenado el pagaré, con todo podrá el Hospital, en cada caso, establecer un sistema de pago diferido.
4. Los intereses del plazo serán los mismos que el Hospital Universitario San Ignacio acostumbra a cobrar, en el giro normal de sus operaciones.

Desde ahora, renuncio(amos) expresamente a cambiar los términos expresados en esta comunicación.

El pagaré así llenado será exigible inmediatamente y prestará mérito ejecutivo sin más requisitos ni requerimientos.

Copia de estas instrucciones queda en mi(nuestro) poder.

Atentamente,

FIRMA *Amparo Vásquez D.*
NOMBRE Amparo Vásquez D.
C.C.No. 5157220

FIRMA _____
NOMBRE _____
C.C.No. _____

TESTIGO _____
C.C.No. _____

TESTIGO _____
C.C.No. _____



Solicitudes Medicas Apoyo Dx

URGENCIAS

Nombre del Paciente **AMPARO VASQUEZ DUQUE**

Identificación **CC 51572220**

Fecha **27 de Mayo de 2021**

Edad **61 Años**

Dirección **CL 48N S NRO 3 60**

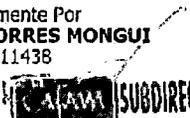
Teléfono **3028606**

Código
999311

Nombre
CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Indicaciones: **SS CURACION Y DEJAR GASAS FURACINADAS**

Firmado Electronicamente Por
ROBERT EFREN TORRES MONGUI
Registro Médico 79411438


SUBDIRECCION DE SALUD
Dr. ROBERT EFREN TORRES MONGUI
Medico General Emeritas R.M.S 25644-97


27 MAYO 2021
AUTORIZACIONES FLORESTA



Recomendaciones Medicas

URGENCIAS

Nombre del Paciente **AMPARO VASQUEZ DUQUE**

Identificación **CG 51572220**

Fecha **27 de Mayo de 2021**

Teléfono **3028606**

Edad **61 Años**

Dirección **CL 48N S NRO 3 60**

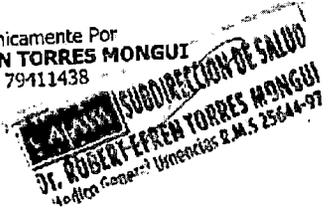
Recomendaciones

CALOR FRICO LOCAL

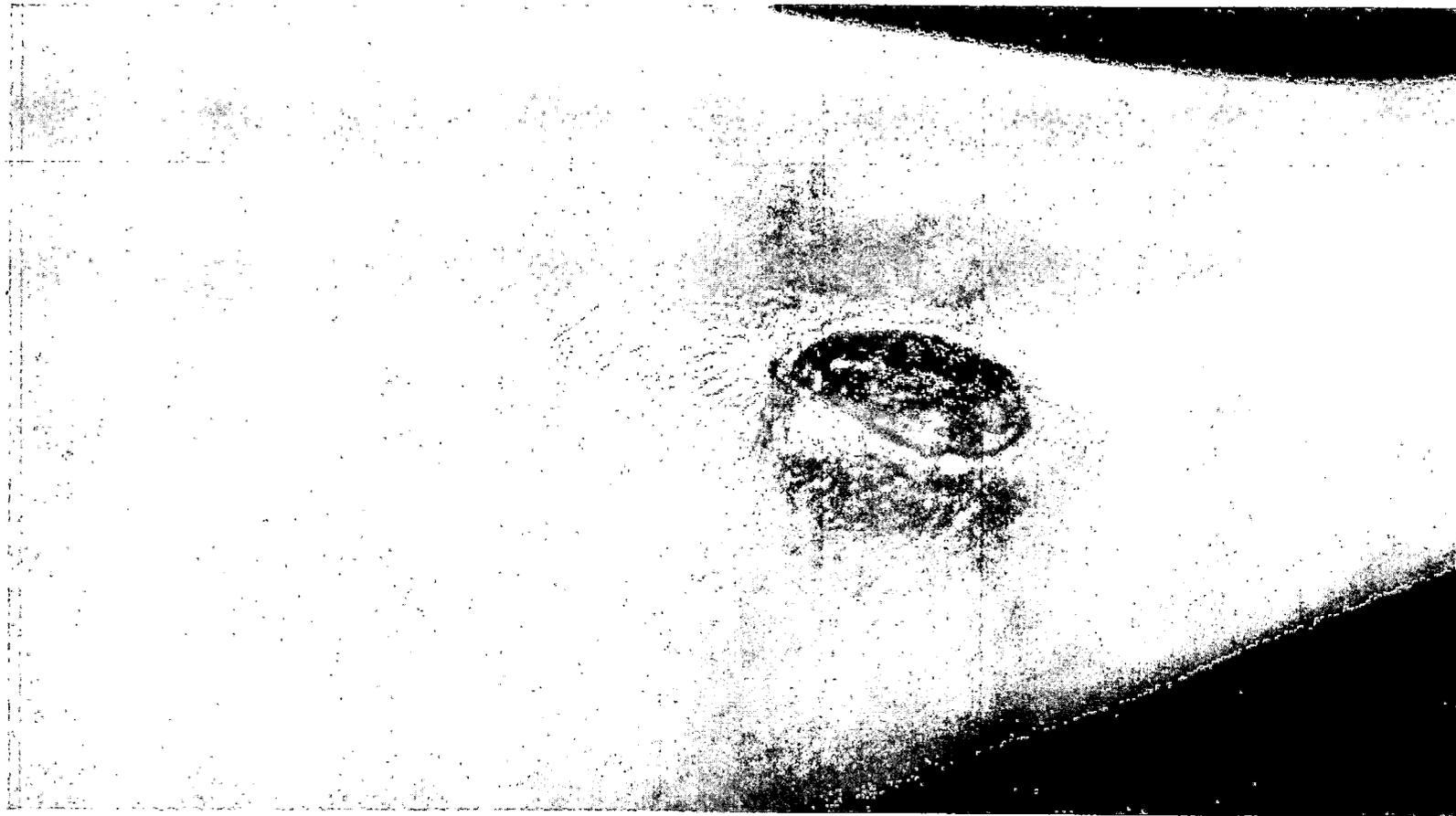
TERAPIA HÍDRICA

REPOSO

Firmado Electronicamente Por
ROBERT EFREN TORRES MONGUI
Registro Médico 79411438













UTVELEC

ACTA TÉCNICA DE CAMPO

UTVELEC
20-05-2020
Rev 3

DEPARTAMENTO: <i>Bogotá</i>	CIUDAD / MUNICIPIO: <i>Bogotá</i>	FECHA: <i>18.09.2021</i>	HORA DE LLEGADA: <i>09:25</i>	HORA DE SALIDA:
DE TÉCNICO: <i>1.10.1.177601</i>	NOMBRE TÉCNICO: <i>Daniel Felipe Benavides Pizaro</i>	CC PPL: <i>80770583</i>	NOMBRE PPL: <i>Marco Antonio Rentería Vozquez</i>	FROM: <i>CELU</i>
DIRECCIÓN PPL: <i>Cl 48N #3-60 Im 2 AP 204 Barrio Molinos II</i>				

VISITA: EFECTIVA FALLIDA MOTIVO DE LA VISITA

Instalación BUDDI Mantenimiento (Cambio) Revisión Técnica Retiro TOTAL BUDDI Retiro SOLO Smart tag

Retiro TEC UTTA Visita Dom. CON VE Reporte Disp. PERDIDOS - DAÑADOS RECIBIR Disp. BUDDI Solo Beacon

El técnico debe asegurarse antes del inicio de labores que cuenta con las herramientas necesarias para la revisión.

Multímetro Tabla Celular Herramienta de apertura Manual del PPL Kit de bioseguridad Huelero

El técnico debe verificar que lleve adicionalmente:

Smart Tag Correas Beacon Cargador de Pared (OBD) Cargador Portátil (OBC) Pírcas de Seguridad

Cuando se tenga la autorización por parte del INPEC de ingresar al domicilio para la revisión tomar los siguientes datos:

UBIN: GPS (SMART TAG)	UBIN: BEACON	UBIN: OBC (BATERIA PORTÁTIL)	UBIN: CARGADOR PARED (OBD)
		<i>0BZ20690</i>	

- Verifique visualmente que los equipos de vigilancia electrónica NO presenten daño o fisura:
- Smart Tag (GPS) Correas Beacon Cargador de Pared (OBD) Cargador portátil (OBC) Pírcas
- Informar inmediatamente al Supervisor de Logística cualquier daño o pérdida de algún dispositivo.**
- Antes de realizar la instalación o revisión técnica de los equipos de vigilancia electrónica verifique que:
1. Al conectar el cargador de pared OBD al OBC y verificar que el LED de proceso de carga enciende. SUNO
 2. El Led del cargador portátil OBC indica que suministra carga al dispositivo GPS. SUNO
 3. Verificar que el dispositivo GPS reporta proceso de carga en la plataforma Eagle sin novedad. SUNO
 4. Verificar que el dispositivo GPS reporta cierre de correa en la plataforma Eagle sin novedad. SUNO
 5. Verificar el voltaje del tomacorriente para el Beacon y el Cargador de OBC rango entre 100 y 250 VAC. SUNO
- Una vez el responsable de vigilancia electrónica indique que la instalación ha sido exitosa verifique que:
6. El dispositivo ha sido configurado y la PPL ha sido habilitado en el sistema. SUNO
 7. Registre el tamaño del tobillo de la PPL _____ cms y tamaño de la correa instalada _____ cms

SI INSTALÓ EL DISPOSITIVO EN LUGAR DIFERENTE AL TOBILLO: SI NO, en caso afirmativo, con la firma de la persona a quien se declara indemne a UTVELEC y su personal ante la posibilidad de que el dispositivo pueda ser retirado el cuerpo sin generar alarmas.

Observaciones técnico UTVELEC:
Se realiza cambio de Batería Portátil ya que no recibe carga se desinstala la batería portátil 0BZ11495 y se instala la batería portátil 0BZ20690 se realiza la instalación de carga al dispositivo y queda reportando sin novedad

Observaciones funcionario INPEC:

TÉCNICO UTVELEC FIRMA: <i>[Firma]</i> NOMBRE: <i>Daniel Felipe Benavides Pizaro</i> CC: <i>1.10.1.177601</i>	FUNCIONARIO INPEC FIRMA: <i>[Firma]</i> NOMBRE: <i>Marco Antonio Rentería Vozquez</i> CC: <i>80770583</i>	PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD FIRMA: <i>[Firma]</i> NOMBRE: <i>Marco Antonio Rentería Vozquez</i> CC: <i>80770583</i>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ACTA DE INSTALACIÓN, REVISIÓN Y/O DESINSTALACIÓN DE DISPOSITIVO DE VIGILANCIA ELECTRÓNICA Y DEMÁS COMPONENTES

Fecha: 11-09-2021 Hora: 09:48 Ciudad: Bogotá EROH: CODEG

DESARROLLO DE LA AGENDA

- Desarrollo del protocolo mediante el cual se realizará la instalación, Revisión y/o Desinstalación de los dispositivos para vigilancia electrónica a PPL.
- Los datos Armados al día de hoy, se han reunido en el domicilio de la persona privada de la libertad para efectuar la instalación, Revisión y/o Desinstalación del Dispositivo de vigilancia electrónica y demás componentes, según autorización judicial pertinente.

DATOS DE PPL

NOMBRE Y APELLIDOS: Puerto Uzcátegui Marco Antonio
 IDENTIFICACIÓN: 80770583 EXPEDIDA EN:
 DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Calle 48 # 3-60 int 2 BARRIO: apto 204 de Nueva ZONA:
 LOCALIDAD: EN 48A # 3-60 int 2 apto 204 de Nueva ZONA
 TELEFONO 1: 3242508967 TELEFONO 2:
 Comp electrónico PPL

SERIALES O DATOS DE DISPOSITIVO INSTALADOS, REVISADOS Y DEMÁS COMPONENTES:

MARCA Y/O EMPRESA	DISPOSITIVO GPS	CARGADOR PORTATIL	CARGADOR DE PARED	CORREA TALLA	SERIAL CORREA	BEACON / ROUTER	CARGADOR BEACON
							SI NO

OBSERVACIONES

Se encuentra normalidad de dispositivo y cargador desde el día 16-07-2021, el técnico de campo verificó el equipo y encuentra que la batería portatil

SERIALES O DATOS DE DISPOSITIVO DESINSTALADOS Y DEMÁS COMPONENTES:

MARCA Y/O EMPRESA	DISPOSITIVO GPS	CARGADOR PORTATIL	CARGADOR DE PARED	CORREA TALLA	SERIAL CORREA	BEACON / ROUTER	CARGADOR BEACON
							SI NO

OBSERVACIONES

no esta funcionando, se realiza cambio del 0B211495 por el 0B220690. El equipo queda funcionando con normalidad.

DATOS DE LOS ACUDIENTES 1 y 2:

HOMBRE Y APELLIDOS ACU 1:	TELEFONO 1:	Firma
IDENTIFICACIÓN:	PARENTESCO:	
TELEFONO 2:	TELEFONO 1:	
HOMBRE Y APELLIDOS ACU 2:	PARENTESCO:	
IDENTIFICACIÓN:	TELEFONO 1:	
TELEFONO 2:	PARENTESCO:	

INPEC

ACTA TÉCNICA DE CAMPO

UNIVERSO

ACTA DE INSTALACIÓN, REVISIÓN Y/O DESINSTALACIÓN DE DISPOSITIVO DE VIGILANCIA ELECTRÓNICA Y DEMÁS COMPONENTES

COMPROMISOS Y OBLIGACIONES DE LA PFI

El contratista se compromete a cumplir con las obligaciones de la PFI, las cuales son:

1. Mantener el personal de la PFI informado de los avances de la obra.

2. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

3. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

4. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

5. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

6. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

7. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

8. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

9. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

10. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

11. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

12. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

13. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

14. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

15. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

16. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

17. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

18. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

19. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

20. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

21. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

22. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

23. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

24. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

25. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

26. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

27. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

28. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

29. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

30. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

31. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

32. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

33. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

34. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

35. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

36. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

37. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

38. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

39. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

40. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

41. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

42. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

43. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

44. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

45. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

46. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

47. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

48. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

49. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

50. Mantener el personal de la PFI informado de los riesgos de la obra.

51. Mantener el personal de la PFI informado de los costos de la obra.

52. Mantener el personal de la PFI informado de los plazos de la obra.

ÁREA O DEPENDENCIA	PERSONA FÍSICA DE LA UBICACIÓN	TÉCNICO INSTALADOR	TÉCNICO DESEMBOLADOR	REPRESENTANTE INTERVENIENTA	FUNCIONARIO INPEC
	Walter Antonio Rojas V.	Diego Bernabides			Arturo Campalido
NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	FIRMA			
	80330883	[Firma]			

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA

- En caso de pérdida de alguna parte del equipo dado o lesion, se debe relacionar en el campo observaciones.
- El técnico de la empresa proveedora del servicio, antes de iniciar la instalación y la responsabilidad del equipo del usuario.
- Debe verificarse previamente antes y después de instalar el equipo o accesorio para verificar el correcto funcionamiento.
- De verificarse algún tipo de avería de vigilancia o cualquier otro tipo de avería de información de sistema.
- El funcionamiento deberá diligenciarse en su totalidad al inicio y anexar copias de ser necesario.

<p>LA PFI RECIBIÓ "MANUAL DE INSTRUCCIÓN DE USO Y CUIDADO DE EQUIPOS INSTALADOS".</p> <p>LA PFI RECIBIÓ "CARTA DE COMPROMISOS ADQUIRIDOS".</p>	<p>LA PFI RECIBIÓ "MANUAL DE INSTRUCCIÓN DE USO Y CUIDADO DE EQUIPOS INSTALADOS".</p> <p>LA PFI RECIBIÓ "CARTA DE COMPROMISOS ADQUIRIDOS".</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>LA PFI RECIBIÓ "MANUAL DE INSTRUCCIÓN DE USO Y CUIDADO DE EQUIPOS INSTALADOS".</p> <p>LA PFI RECIBIÓ "CARTA DE COMPROMISOS ADQUIRIDOS".</p>	<p>LA PFI RECIBIÓ "MANUAL DE INSTRUCCIÓN DE USO Y CUIDADO DE EQUIPOS INSTALADOS".</p> <p>LA PFI RECIBIÓ "CARTA DE COMPROMISOS ADQUIRIDOS".</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ACTA DE INSTALACIÓN, REVISIÓN Y/O DESINSTALACIÓN DE DISPOSITIVO DE VIGILANCIA ELECTRÓNICA Y DEMÁS COMPONENTES

Fecha: 27/11/2012 Hora: 14:30 Ciudad: Bogotá D.C. Zona: 1113

DESARROLLO DE LA AGENDA

1. Descripción del problema mediante el cual se solicita la instalación, revisión o desinstalación de dispositivos para protección personal o PPL.
2. Las Zonas Acomodadas al día de hoy, se han regido en el desarrollo de la presente actividad de la libertad para efectuar la instalación, revisión y/o desinstalación del Dispositivo de Vigilancia Electrónica y demás componentes, según sus necesidades particulares.

DATOS DE PPL

NOMBRE Y APELLIDOS: FRANCO DELGADO JUAN DAVID
 IDENTIFICACIÓN: 50.980.125 EXPEDIDA EN: BOGOTÁ
 DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CLAYTON # 120 BARRIO: LA CALERA
 LOCALIDAD: LA CALERA ZONA: 1113
 TELÉFONO 1: 300 436267 TELÉFONO 2:
 Correo electrónico PPL:



SERIALES O DATOS DE DISPOSITIVO INSTALADOS, REVISADOS Y DEMÁS COMPONENTES

MARCA Y/O EMPRESA	DISPOSITIVO GPS	CARGADOR PORTÁTIL	CARGADOR DE PARED	CORREA TALLA	SERIAL CORREA	BEACON / ROUTER	CARGADOR BEACON	
Motorola	Motorola	Motorola	Motorola	22		Motorola	SI	NO

OBSERVACIONES:
 Se le entregó el dispositivo de vigilancia electrónica y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de usuario y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el cargador de pared y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el cargador portátil y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó la correa y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el beacon y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el router y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de usuario y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de instalación y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de mantenimiento y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de reparación y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de troubleshooting y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de seguridad y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de privacidad y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de configuración y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de actualización y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de soporte técnico y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de garantía y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de políticas y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de términos y condiciones y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de privacidad y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de seguridad y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de configuración y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de actualización y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de soporte técnico y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de garantía y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de políticas y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de términos y condiciones y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo.

SERIALES O DATOS DE DISPOSITIVO DESINSTALADOS - DEMÁS COMPONENTES

MARCA Y/O EMPRESA	DISPOSITIVO GPS	CARGADOR PORTÁTIL	CARGADOR DE PARED	CORREA TALLA	SERIAL CORREA	BEACON / ROUTER	CARGADOR BEACON	
Motorola	Motorola	Motorola	Motorola	22		Motorola	SI	NO

OBSERVACIONES:
 Se le entregó el dispositivo de vigilancia electrónica y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de usuario y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de instalación y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de mantenimiento y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de reparación y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de troubleshooting y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de seguridad y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de privacidad y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de configuración y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de actualización y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de soporte técnico y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de garantía y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de políticas y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de términos y condiciones y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de privacidad y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de seguridad y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de configuración y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de actualización y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de soporte técnico y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de garantía y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de políticas y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo. Se le entregó el manual de términos y condiciones y se le explicó el uso y funcionamiento del mismo.

DATOS DE LOS ACUDIENTES 1 y 2

ACU 1:
 NOMBRE Y APELLIDOS: _____ TELÉFONO 1: _____
 IDENTIFICACIÓN: _____ PARIENTES: _____
 TELÉFONO 2: _____
 ACU 2:
 NOMBRE Y APELLIDOS: _____ TELÉFONO 1: _____
 IDENTIFICACIÓN: _____ PARIENTES: _____
 TELÉFONO 2: _____

Firma

FUNCIÓNARIO INPEC

FIRMA:

NOMBRE: [Handwritten Name]

PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD

INFORME INPEC

Observaciones técnicas UIVELCO

SE INSTALÓ EL DISPOSITIVO EN LUGAR DIFERENTE AL TENDIDO. SI NO, EN CASO DE HABER SIDO EN EL MISMO LUGAR, SE DEBE INDICAR EN EL TENDIDO DE QUE EL DISPOSITIVO FUE EN EL MISMO LUGAR Y EN LA MISMA ALTURA.

1. Registrar el tamaño del tendido de la PFL, en metros y número de la corona instalada.
2. El dispositivo ha sido registrado y la PFL en su totalidad en el sistema. SÍ/NO
3. Una vez el responsable de vigilancia electrónica indique que la instalación ha sido exitosa, verificar que:
4. Verificar el número del mecanismo para el cargador de OBC, rango entre 100 y 125 VAC, SÍ/NO
5. Verificar que el dispositivo OBC registre como de carga en la plataforma. Esque en novedad SÍ/NO
6. Verificar que el dispositivo OBC registre como de carga en la plataforma. Esque en novedad SÍ/NO
7. Al conectar el cargador de carga OBC en el LPT, verificar que el LPT registre como de carga en novedad SÍ/NO

Verifique visualmente que los equipos de vigilancia electrónica NO presenten daño o falla.

Informar inmediatamente al Supervisor de Control de Seguridad cuando se presente alguna anomalía.

Antes de realizar la instalación o revisión técnica de los equipos de vigilancia electrónica, verificar que:

- 1. El cargador de carga (OBC) de placa [Handwritten]
- 2. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 3. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 4. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 5. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 6. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 7. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 8. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 9. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 10. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 11. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 12. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 13. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 14. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 15. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 16. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 17. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 18. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 19. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 20. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 21. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 22. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 23. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 24. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 25. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 26. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 27. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 28. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 29. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 30. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 31. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 32. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 33. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 34. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 35. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 36. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 37. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 38. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 39. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 40. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 41. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 42. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 43. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 44. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 45. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 46. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 47. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 48. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 49. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 50. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 51. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 52. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 53. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 54. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 55. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 56. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 57. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 58. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 59. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 60. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 61. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 62. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 63. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 64. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 65. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 66. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 67. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 68. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 69. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 70. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 71. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 72. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 73. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 74. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 75. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 76. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 77. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 78. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 79. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 80. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 81. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 82. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 83. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 84. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 85. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 86. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 87. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 88. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 89. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 90. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 91. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 92. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 93. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 94. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 95. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 96. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 97. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 98. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 99. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]
- 100. El cargador de placa (OBC) de placa [Handwritten]

1. DATOS DE LOS ACUDIENTES 1 Y 2:

1. NOMBRE Y APELLIDOS ACU 1: *[Handwritten Name]*
 2. IDENTIFICACION: *[Handwritten ID]*
 3. TELEFONO 1: *[Handwritten Phone]*
 4. PARENTESCO: *[Handwritten Relationship]*
 5. NOMBRE Y APELLIDOS ACU 2: *[Handwritten Name]*
 6. IDENTIFICACION: *[Handwritten ID]*
 7. TELEFONO 2: *[Handwritten Phone]*
 8. PARENTESCO: *[Handwritten Relationship]*

2. SERIALES O DATOS DE DISPOSITIVO DE INSTALADOS Y DEMAS COMPONENTES:

BRANCA Y/O SERIE	DISPOSITIVO GPS	CARGADOR PORTAL	CARGADOR DE PARED	CORREA FALLA	SEÑAL CORREA	BEACON / ROUTER	CARGADOR BEACON

3. OBSERVACIONES

2. SERIALES O DATOS DE DISPOSITIVO DE INSTALADOS Y DEMAS COMPONENTES:

BRANCA Y/O SERIE	DISPOSITIVO GPS	CARGADOR PORTAL	CARGADOR DE PARED	CORREA FALLA	SEÑAL CORREA	BEACON / ROUTER	CARGADOR BEACON

3. OBSERVACIONES



1. CODIGO DE PUNTO: *[Handwritten Code]*
 2. NOMBRE DEL PUNTO: *[Handwritten Name]*
 3. DIRECCION DEL PUNTO: *[Handwritten Address]*
 4. TELEFONO 1: *[Handwritten Phone]*
 5. TELEFONO 2: *[Handwritten Phone]*

buddi

ACTA TÉCNICA DE CAMPO

BUDDI

DEPARTAMENTO: Calle 48 # 5-50501	Ciudad/Municipio: Bosque	FECHA: 22/04/2021	HORA DE PARTIDA: 12:00	HORA DE SALIDA: 05:30 AM
CC TÉCNICO: 17272695	NOMBRE TÉCNICO: ALPANA AQUIVA	ERON: C/01	NÚMERO UNICO VISITA HD: 19070	
CC PPL: 17272695	NOMBRE PPL: ALPANA AQUIVA	NÚMERO UNICO VISITA HD: 19070		
DIRECCION PPL: Calle 48 # 5-50501	NÚMERO UNICO VISITA HD: 19070			

- VISITA: EFECTIVA FALUDA SINDICADO CONDENADO DOMICILIARIA VE NO PRIVATIVA VE
- Instalación Total Buddi NUEVA - Re-Instalación Total Buddi Instalación SOLO Smart tag
- Mantenimiento (Cambio) Revisión Técnica Vista. Dur. CON VE Reporte Disp. PERDIDOS-DAÑADOS
- RECIBIR Dispositivos BUDDI Retirar Total BUDDI Retiro SOLO Smart tag Solo Beacon
- El técnico debe asegurarse antes del inicio de labores que cuenta con las herramientas necesarias para la revisión:
- Multímetro Tablet Celular Herramienta de apertura Manual del PPL Kit de bioseguridad Huelero
- El técnico debe verificar que lleva adicionalmente:
- Smart Tag Correas Beacon Cargador de Pared (OBD) Cargador Portátil (OBC) Placas de Seguridad
- Cuando se tenga la autorización por parte del INPEC de ingresar al domicilio para la revisión tomar los siguientes datos:

UBIN: GPS (SMART TAG)	UBIN: BEACON	UBIN: OBC (BATERIA PORTATIL)	UBIN: CARGADOR PARED (OBD)
ST60099	RF 0000	RF 0000	RF 0000

Verifique visualmente que los equipos de vigilancia electrónica NO presenten daño o fisura:

Smart Tag (GPS) Correas Beacon Cargador de Pared (OBD) Cargador portátil (OBC) Placas

Informar inmediatamente al Supervisor de Logística cualquier daño o pérdida de algún dispositivo.

Antes de realizar la instalación o revisión técnica de los equipos de VE verifique lo siguiente:

- Al conectar el cargador portátil OBC al OBD, verificar que el LED de proceso de carga encienda: SI/NO SI
- Al emparejar el OBC al Smart Tag el led indica que suministra carga al dispositivo. SI/NO SI
- Verificar que el Smart Tag reporta proceso de carga en la plataforma Eagle sin novedad. SI/NO SI
- Verificar que el Smart Tag reporta cierre de correa en la plataforma Eagle sin novedad. SI/NO SI
- Verificar el voltaje del tomacorriente para el Beacon y el Cargador de OBC rango entre 100 y 250 VAC. SI/NO SI

Una vez el responsable de vigilancia electrónica indique que la instalación ha sido exitosa verifique que:

- El dispositivo ha sido configurado y la PPL ha sido habilitado en el sistema. SI/NO SI
- Registre el tamaño del tobillo de la PPL 7.5 cms y tamaño de la correa instalada 7.5 cms.

SE INSTALÓ EL DISPOSITIVO EN LUGAR DIFERENTE AL TOBILLO: SI/NO NO, en caso afirmativo, con la firma de la presente acta se declara indennidad a BUDDI y su personal ante la posibilidad de que el dispositivo pueda ser retirado al cuerpo sin generar alarmas.

Observaciones técnico BUDDI:

Observaciones funcionario INPEC:

TÉCNICO BUDDI	FUNCIONARIO INPEC	PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD
FIRMA: <i>[Firma]</i>	FIRMA: <i>[Firma]</i>	FIRMA: <i>[Firma]</i>
NOMBRE: ALPANA AQUIVA	NOMBRE: ALPANA AQUIVA	NOMBRE: Marco Antonio Pardo
CC: 17272695	CC: 1122939913	CC: 8073050386

ACTA DE INSTALACION, REVISION Y/O DESINSTALACION DE DISPOSITIVO DE VIGILANCIA ELECTRONICA Y DEMAS COMPONENTES

FECHA: 2011-02-21 CIUDAD: Bogotá GRUPO: COPOL
 DESARROLLO DE LA AGENDA: NÚM: 1022100

Desarrollar el presente mediante el cual se realizará la instalación, Revisión y/o Desinstalación de un dispositivo para vigilancia electrónica PPL.

Las abejas firmantes el día de hoy, se han reunido en el domicilio de la persona privada de la libertad para efectuar la instalación, Revisión y/o Desinstalación del Dispositivo de vigilancia electrónica y demás componentes, según suscripción y/o contrato suscrito.

DATOS DE PPL

NOMBRE Y APELLIDOS: Puerto Vasquez, Marco Antonio
 IDENTIFICACION: 30770503 EMISIDA EN: Bogotá D.C.
 DIRECCION DE DOMICILIO: Cll 30P Sur # BARRIO: 3-6, Est 2
 LOCALIDAD: Apto. 204 ZONA: San Agustín
 TELEFONO 1: 3242508867 TELEFONO 2:
 Correo electrónico PPL:



SERIALES O DATOS DE DISPOSITIVO INSTALADOS, REVISADOS Y DEMAS COMPONENTES:

MARCA Y/O EMPRESA	DISPOSITIVO GPS	CARGADOR PORTATIL	CARGADOR DE PARED	CORREA TALLA	SERIAL CORREA	BEACON / ROUTER	CARGADOR BEACON	
							SI	NO

OBSERVACIONES

SERIALES O DATOS DE DISPOSITIVO DESINSTALADOS Y DEMAS COMPONENTES:

MARCA Y/O EMPRESA	DISPOSITIVO GPS	CARGADOR PORTATIL	CARGADOR DE PARED	CORREA TALLA	SERIAL CORREA	BEACON / ROUTER	CARGADOR BEACON	
							SI	NO

Se retira el equipo "OBSERVACIONES (asignado) OBD 09717 por fallas técnicas, se asigna el nuevo cargador de pared 08924431

DATOS DE LOS AGUENTES 1 y 2:

NOMBRE Y APELLIDOS AGU 1: _____ TELEFONO 1: _____
 IDENTIFICACION: _____ PARENTESCO: _____
 TELEFONO 2: _____
 NOMBRE Y APELLIDOS AGU 2: _____ TELEFONO 1: _____
 IDENTIFICACION: _____ PARENTESCO: _____
 TELEFONO 2: _____

Firma

ACTA DE VISITA Y VERIFICACIÓN DE LA INSTALACIÓN Y FUNCIONALIDAD DEL DISPOSITIVO DE RASTREO GPS



Identificación Dispositivo	STLCA1001	HUI PPL	1022100
Departamento	Cundinamarca	Ciudad	Bogotá
Geolocalización	Longitud	-74.106761	Latitud
			4.592425

A los Diecisiete (17) días del mes de Noviembre de 2021, se presentó William Torres bajo el contrato de Intervención Número 300 de 2021, en representación del operador BUDDI y William Torres como representante de INPEC, con el objeto de realizar la VERIFICACIÓN DE INSTALACIÓN Y DE FUNCIONALIDAD DEL DISPOSITIVO DE RASTREO Y SUS COMPONENTES, relacionado en la presente con el proyecto de:

INSTALADO NO INSTALADO NOVEDADES
 DESINSTALACIÓN CAMBIO VISITA FALLIDA

OBSERVACIONES:

Visitado el dispositivo de rastreo GPS instalado en el vehículo de placa 1418772 perteneciente al Plan de Gestión de la Secretaría de Planeación de la Alcaldía de Bogotá. Se verificó la correcta instalación del GPS y se realizó la configuración de los parámetros de rastreo. Se verificó la correcta instalación de los sensores de velocidad y aceleración. Se verificó la correcta instalación de los sensores de temperatura y humedad. Se verificó la correcta instalación de los sensores de presión y nivel. Se verificó la correcta instalación de los sensores de posición y orientación. Se verificó la correcta instalación de los sensores de actividad y estado. Se verificó la correcta instalación de los sensores de diagnóstico y mantenimiento. Se verificó la correcta instalación de los sensores de seguridad y protección. Se verificó la correcta instalación de los sensores de comunicación y conectividad. Se verificó la correcta instalación de los sensores de alimentación y energía. Se verificó la correcta instalación de los sensores de almacenamiento y memoria. Se verificó la correcta instalación de los sensores de procesamiento y control. Se verificó la correcta instalación de los sensores de interfaz y salida. Se verificó la correcta instalación de los sensores de configuración y actualización. Se verificó la correcta instalación de los sensores de backup y recuperación. Se verificó la correcta instalación de los sensores de monitoreo y diagnóstico. Se verificó la correcta instalación de los sensores de mantenimiento y reparación. Se verificó la correcta instalación de los sensores de soporte y asistencia. Se verificó la correcta instalación de los sensores de documentación y reportes. Se verificó la correcta instalación de los sensores de cumplimiento y normatividad. Se verificó la correcta instalación de los sensores de calidad y satisfacción. Se verificó la correcta instalación de los sensores de mejora y optimización. Se verificó la correcta instalación de los sensores de innovación y desarrollo. Se verificó la correcta instalación de los sensores de sostenibilidad y responsabilidad. Se verificó la correcta instalación de los sensores de transparencia y rendición de cuentas. Se verificó la correcta instalación de los sensores de ética y valores. Se verificó la correcta instalación de los sensores de cultura y organización. Se verificó la correcta instalación de los sensores de liderazgo y gestión. Se verificó la correcta instalación de los sensores de talento humano y recursos. Se verificó la correcta instalación de los sensores de procesos y sistemas. Se verificó la correcta instalación de los sensores de tecnología e innovación. Se verificó la correcta instalación de los sensores de sostenibilidad y medio ambiente. Se verificó la correcta instalación de los sensores de sociedad y comunidad. Se verificó la correcta instalación de los sensores de economía y finanzas. Se verificó la correcta instalación de los sensores de cultura y patrimonio. Se verificó la correcta instalación de los sensores de deporte y recreación. Se verificó la correcta instalación de los sensores de salud y bienestar. Se verificó la correcta instalación de los sensores de educación y formación. Se verificó la correcta instalación de los sensores de ciencia y tecnología. Se verificó la correcta instalación de los sensores de arte y cultura. Se verificó la correcta instalación de los sensores de turismo y recreación. Se verificó la correcta instalación de los sensores de transporte y movilidad. Se verificó la correcta instalación de los sensores de vivienda y urbanización. Se verificó la correcta instalación de los sensores de infraestructura y obras públicas. Se verificó la correcta instalación de los sensores de servicios públicos y atención al ciudadano. Se verificó la correcta instalación de los sensores de seguridad ciudadana y prevención del delito. Se verificó la correcta instalación de los sensores de justicia y paz social. Se verificó la correcta instalación de los sensores de diplomacia y relaciones internacionales. Se verificó la correcta instalación de los sensores de defensa y seguridad nacional. Se verificó la correcta instalación de los sensores de inteligencia y contrainterrorismo. Se verificó la correcta instalación de los sensores de cooperación internacional y desarrollo humano. Se verificó la correcta instalación de los sensores de cultura y patrimonio. Se verificó la correcta instalación de los sensores de deporte y recreación. Se verificó la correcta instalación de los sensores de salud y bienestar. Se verificó la correcta instalación de los sensores de educación y formación. Se verificó la correcta instalación de los sensores de ciencia y tecnología. Se verificó la correcta instalación de los sensores de arte y cultura. Se verificó la correcta instalación de los sensores de turismo y recreación. Se verificó la correcta instalación de los sensores de transporte y movilidad. Se verificó la correcta instalación de los sensores de vivienda y urbanización. Se verificó la correcta instalación de los sensores de infraestructura y obras públicas. Se verificó la correcta instalación de los sensores de servicios públicos y atención al ciudadano. Se verificó la correcta instalación de los sensores de seguridad ciudadana y prevención del delito. Se verificó la correcta instalación de los sensores de justicia y paz social. Se verificó la correcta instalación de los sensores de diplomacia y relaciones internacionales. Se verificó la correcta instalación de los sensores de defensa y seguridad nacional. Se verificó la correcta instalación de los sensores de inteligencia y contrainterrorismo. Se verificó la correcta instalación de los sensores de cooperación internacional y desarrollo humano.

Firma de BUDDI
 Nombre: Fredy García
 Cargo: TC
 Cédula: 1033695762

Firma de INTERVENCIÓN
 Nombre: William Torres
 Cargo: Interventor
 Cédula: 1022100

Firma del INPEC
 Nombre: William Torres
 Cargo: TC
 Cédula: 1022100